

Македонка Радуловиќ

ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО,  
ЗДРАВЈЕТО КАКО ОБВРСКА

*За издавачоѝ*  
Ана Костовска, директор

*Уредник*  
Гордана Војнеска

Copyright© Македонка Радуловиќ, 2018

*Рецензенѝ*  
Проф. д-р Милева Ѓуровска

*Лекѝор*  
Лидија Вангелова

*Корекѝура*  
Оливера Живковска Никчевиќ

*Компјутерска обработка и  
ликовно уредување*  
„Култура“ АД Скопје

---

© Copyrights за македонското издание ги има „Култура“  
АД – Скопје

Забрането е копирање, умножување и објавување на делови или на целото издание во печатени или електронски медиуми без писмено одобрение на издавачот.

Македонка Радуловиќ

# ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО, ЗДРАВЈЕТО КАКО ОБВРСКА

КУЛТУРА  
2018



“It is my aspiration that health will finally  
Be seen not as a blessing to be wished for,  
But as human right to be fought for“.

**Kofi Annan**

## СОДРЖИНА

ЛИСТА НА ФИГУРИ .....	11
ВОВЕД .....	15
I ДЕЛ – ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА КАТЕГОРИЈАЛНИОТ СИСТЕМ .....	
1. ТЕОРИЈА ЗА ЧОВЕКОВИ ПРАВА И СЛОБОДИ .....	29
1.1. Граѓански и политички слободи и права .....	33
1.2. Економски, социјални и културни права .....	34
2. ПОИМОТ ЗА ЗДРАВЈЕТО .....	36
3. ДЕФИНИРАЊЕ НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ .....	40
3.1. Здравјето како право, здравјето како обврска .....	46
4. ВРСКАТА МЕЃУ ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА .....	49
5. РАЗЛИЧНИ ПРИСТАПИ КОН ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ КАКО ЧОВЕКОВО ПРАВО .....	53
5.1. Глобализацијата и правото на здравје .....	55
6. ЗДРАВСТВОТО И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА .....	59
6.1. Правата на пациентите како човекови права .....	61
II ДЕЛ – СОЦИЈАЛНИ АСПЕКТИ НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ .....	
1. ИНДИКАТОРИ НА ЗДРАВЈЕТО .....	65
1.1. Смртност на новороденчиња (Infant Mortality Rate) .....	67
1.2. Очекуван животен век (Life Expectancy) .....	70
1.3. Заболувања .....	72
1.4. Социо – економскиот статус (СЕС) .....	74

2. ДИСКРИМИНАЦИЈА ПРИ ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ.....	80
2.1. Полот, здравјето и човековите права .....	81
3. КУЛТУРАТА, ЗДРАВЈЕТО И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА.....	91
3.1. Култура на јавно здравје .....	97
3.2. Културни права кои се однесуваат на здравјето .....	100
3.3. Културни аспекти на лекувањето (однос лекар-пациент) .....	102
3.3.1. Културата на здравствените работници .....	105
3.3.2. Културата на пациентите .....	106
 III ДЕЛ – ЕВРОПСКАТА УНИЈА и РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА (Човековите права и правото на здравје).....	109
1. ЕВРОПСКАТА УНИЈА И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА .....	109
1.1. Здравствена политика на Европската Унија .....	115
1.2. Правото на здравје како дел од човековите права во Европската Унија.....	122
1.3. Здравјето на граѓаните во Европската Унија .....	127
1.4. Проблеми со кои се соочува Европската Унија при остварувањето на правото на здравје .....	129
1.5. Пристапна политика на Европската Унија.....	133
2. ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА И ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА.....	138
2.1. Состојбата со човековите права и правото на здравје во Република Македонија.....	142
2.2. Правото на здравје во Република Македонија .....	152
2.3. Пречки во остварувањето на правото на здравје во Република Македонија.....	154
2.4. Здравствена политика на Република Македонија .....	160

2.4.1. Некои клучни аспекти на здравствените политики во Република Македонија .....	162
2.4.2. Развојниот пат на Република Македонија кон европската интеграција.....	170

IV ДЕЛ ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ.....	181
1. ДОКУМЕНТИ СО КОИ СЕ ОПРЕДЕЛУВА, ШТИТИ И УНАПРЕДУВА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ.....	181
1.1. Меѓународно определување на човековите права и правата поврзани со здравјето .....	182
1.1.1. Организација на обединетите нации.....	182
1.1.2. Универзална декларација за човекови права 1948.....	183
1.1.3. Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права .....	186
1.1.4. Конвенција за правата на децата.....	187
1.1.5. Конвенција за заштита на човековите права и достоинство,вопоглед на примената на биологијата и медицината.....	190
1.2. Регионално определување на човековите права и правото на здравје .....	193
1.2.1. Документи на Советот на Европа .....	193
1.2.2. Европска конвенција за заштита на човековите права и основни слободи.....	195
1.2.3. Европска социјална повелба.....	196
1.2.4. Документи на Европската Унија.....	197
1.2.5. Повелба за фундаменталните права на ЕУ .....	198
1.2.6. Европската повелба за правата на пациентите.....	202
1.3. Документи на Светската здравствена организација значајни за правото на здравје како човеково право .....	205

1.3.1. Светска здравствена организација.....	205
1.3.2. Декларацијата од Алма – Ата .....	206
1.3.3. Повелбата од Отава .....	208
1.3.4. Амстердамската декларација.....	211
1.3.5. Декларацијата од Цакарта.....	213
1.3.6. Документот за партнерство за здрави градови.....	215
1.3.7. Повелбата од Талин: здравствени системи за здравје и благосостојба .....	216
1.3.8. Меѓународен договор за Меѓународните здравствени прописи .....	218
1.4. Национално определување на човековите права и правото на здравје .....	219
1.4.1. Устав на РМ .....	219
1.4.2. Закон за здравствена заштита .....	221
1.4.3. Закон за здравствено осигурување .....	224
1.4.4. Закон за заштита на правата на пациентите .....	225
1.4.5. Закон за лекови.....	228
1.4.6. Закон за заштита на здравјето при работа.....	231
2. ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ВО РМ: РЕЗУЛТАТИ ОД ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА .....	236
2.1. Истражувачка студија .....	243
2.1.1. Географски, демографски, економски и културни карактеристики на Република Македонија .....	243
2.1.2. Презентација на резултатите од анкетата .....	249
ЗАКЛУЧОК .....	275
РЕЦЕНЗИЈА .....	303
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....	309

## ЛИСТА НА ФИГУРИ

Слика 1. Здравјето во заедницата како мрежа на услуги на определено население .....	39
Слика 2. Национална перцепција за правото на здравје .....	42
Слика 3. Примери за поврзаноста меѓу правото на здравје и човековите права .....	52
Слика 4. Движење на смртноста на новороденчиња во Бугарија, Романија, Турција, Македонија и просекот на Европската Унија во периодот од 1975 година до 2007-ма година. ....	69
Слика 5. Стапка на смртност во земјите од Европскиот регион и просекот од Европската Унија.....	69
Слика 6. Очекуван животен век (LE) и очекуван животен век во добро здравје (HALE).....	71
Слика 7. Десетте најчести болести кои предизвикуваат смртност кај мажите и жените во Република Македонија. ....	73
Слика 8. Десетте ризични фактори за смртоносни болести за жени и мажи.....	74
Слика 9. Социјални одредници на здравјето.....	79
Слика 10. Културни и материјални влијанија кои придонесуваат за лошо здравје .....	96
Слика 11. Здравствени цели на европскиот регион на СЗО за 2000 .....	119
Слика 12. Умрени во 2007 година, според причините за смрт во РМ .....	142

Слика 13. Претставки до Народниот правобранител за прекршување на човековите права во РМ, изразени според години.....	144
Слика 14. Број на претставки поднесени заради прекршување на правото на здравје во 2008 – ма и 2009-та година. ....	145
Слика 15. Претставки поднесени заради прекршување на правата за здравствено осигурување и заштита.....	147
Табела 16. Договори за човекови права и слободи на Организацијата на обединетите нации, ратификувани во Република Македонија.....	149
Табела 17. Договори за човекови права и слободи на Советот на Европа, ратификувани во Република Македонија.....	150
Табела 18. Состојбата во здравствените установи во Република Македонија.....	155
Табела 19. Лични трошоци на граѓаните во РМ за здравствени услуги.....	159
Табела 20. Структура по пол.....	245
Табела 21. Структура по возраст.....	246
Табела 22. Структура по образование.....	246
Табела 23. Структура по етничка припадност.....	247
Табела 24. Структура по месечни примања.....	247
Табела 25. Структура по место на живеење.....	248
Табела 26. Графикон 1.....	249
Слика 27. Графикон 2.....	250
Слика 28. Графикон 3.....	251

Слика 29. Графикон 4.....	253
Слика 30. Графикон 5.....	255
Слика 31. Графикон 6.....	256
Слика 32. Графикон 7.....	257
Слика 33. Графикон 8.....	259
Слика 34. Графикон 9.....	261
Слика 35. Графикон 10.....	262
Слика 36. Графикон 11.....	263
Слика 37. Графикон 12.....	264
Слика 38. Графикон 13.....	265
Слика 39. Графикон 14.....	266
Слика 40. Графикон 15.....	268
Слика 41. Графикон 16.....	270
Слика 42. Графикон 17.....	271
Слика 43. Графикон 18.....	272
Слика 44. Графикон 19.....	274

## ВОВЕД

Светот во кој живееме постојано се развива и менува. Луѓето сè повеќе се подготвени да се справат со предизвиците. Располагаме со многу можности да влијаеме на сопствениот живот. Главниот адут ни се правата и слободите што ги поседуваме како човечки суштества. Човековите права и слободи имаат есенцијално значење за физичкиот и личниот интегритет на човекот како природно битие. Поаѓајќи од суштинската законска определба на правата и универзалното поимање на здравјето како најголем идеал на сите луѓе, заклучуваме дека човековите права треба да го определуваат, штитат и унапредуваат здравјето во секое општество. Здравјето е најголем предуслов за среќа и со тоа нужно човеково право. Правото на здравје е фундаментален дел од човековите права и сфаќањето за животот и достоинството.

Во една демократска земја, почитувањето на основните човекови права и слободи е императив. Демократското општество налага еднаков третман кон сите и единствена заштита со закон за секој граѓанин. Човечкото суштество поседува одредени права со самиот факт што е човек. Според теоријата за природното право, правата на човекот произлегуваат од природата на човекот, како слободно и рамноправно суштество и тие се неотуѓиви и неприкосновени. Додека, според теоријата за позитивното право, слободите и правата на човекот се производ на државата, правниот ред и



поредокот (Шкариќ, 2004). Доколку се земат предвид овие две теории, може да се заклучи дека правото на здравје е право со кое секој човек се стекнува од самото раѓање, а државата е инструмент преку кое треба да се остварува, развива и унапредува.

Правото на живот, како основно право од корпусот лични права, определува дека животот на човекот е неприкосновен и во повисока форма го опфаќа правото на среќа. Оттаму се надоврзува и правото на здравје како главен предуслов за среќа и живот.

Човековото право на здравје не се гарантира како дел од основните човекови права и слободи, но тоа е директно поврзано со основните права на човекот и може да се изведе од нив. Правото на здравје во најголем број документи, декларации, конвенции и закони не е директно определено како право на здравје, туку најчесто како право на здравствена заштита, право на животен стандард кој обезбедува здравје и благосостојба итн. Имајќи ја предвид комплексноста на ова право, тешко е да се воспостави граница меѓу категориите кои ги опфаќа здравјето како поим. Може да се каже дека правото на здравје е човеково право кое произлегува од многу други права на човекот.

Правото на здравје не е новост. Во меѓународната заедница, за првпат се среќава со создавањето на Светската здравствена организација (СЗО), во 1948 година. Во Преамбулата на нејзиниот Устав, здравјето е дефинирано како „состојба на комплетна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и немоќ“. Понатаму стои дека „уживањето на највисоките можни стандарди за здравје е едно од фундаменталните права на секое човечко суштество без разлика на раса, боја, политичко убедување, економска или социјална состојба“ (WHO, 1948).

Историски гледано, развојот на правото на здравје се заснова со основниот документ за човековите права, Универзалната декларација за човекови права (1948). Декларацијата го споменува здравјето како дел од правото за адекватен стандард за живеење. Според членот 25: „Секој има право на стандард на живот кој обезбедува здравје и благосостојба, за него и неговата фамилија, вклучувајќи храна, облека, живеалиште, лекарска грижа и потребни социјални служби, како и право на осигурување во случај на невработеност, болест, онеспособеност, вдовство, старост или други случаи на губење на средствата за издржување, заради околности независни од неговата волја“.

Правото на здравје, повторно се препознава како човеково право во 1966 година, во Меѓународниот пакт за економски социјални и културни права. „Договорните држави на овој Пакт, на секое лице му го признаваат правото за најдобро физичко и ментално здравје што може да се постигне“ (член 12).

Оттогаш, многу други меѓународни договори за човекови права го препознаваат или познаваат делови од него како право на медицинска грижа. Правото на здравје е релевантно во сите земји. Секоја земја има ратификувано најмалку еден документ за човекови права во кој се споменува правото на здравје. Преку меѓународните декларации, домашното законодавство и политиките, како и на многу други начини, државите се обврзуваат да го штитат ова право како фундаментален дел на човековите права.

Правото на здравје добива поголемо внимание во деведесетите години на минатиот век, со усвојувањето на Декларацијата за промоција на правата на пациентите (Амстердамската декларација).

Европската платформа на организации на пациенти, во 1998 година, организира конференција за улогата на здравјето и пациентите во креирањето на европската здравствена политика. Како резултат на пона-тамошниот развој се воспоставува т.н. мрежа за права на пациенти, реформирана во Европско партнерство за правата на пациентите и ангажман на граѓаните. Повелбата за фундаменталните права од Ница, која после пропаѓањето новиот Европски устав беше вклучена во Договорот од Лисабон, е основа на декларацијата на 14-те конкретни права кои се однесуваат на заштита на пациентите и нивното здравје.

Иако правото на здравје се предвидува како дел од човековите права, сепак постојат разлики во начинот на кој што се остварува. Политичкото уредување, културата и социјалните норми подеднакво влијаат врз остварувањето на правото на здравје во една држава, како и на самиот здравствен систем.

Република Македонија настојува да го употреби законодавството како основен инструмент за практична заштита на правата на човекот и на тој начин да одговори на обврската да обезбеди реализација на правото на здравје за своето население.

Евроинтегративниот процес на Република Македонија и стремежите за членство во ЕУ налагаат прилагодување на законодавството, политиките и практиките во сите општествени сегменти. Поради усогласување на здравствените политики, како и заштита на човековите права, потребно е подлабоко анализирање на моменталната состојба во овие области и проценка на влијанието на Европската Унија врз почитувањето и остварувањето на правото на здравје во РМ. Една ваква анализа е комплексна и бара истражување во нашата средина, преку кое ќе се

дојде до комплетна слика за состојбата со човековите права и слободи во земјата.

Да појдеме од претпоставката дека почитувањето на правото на здравје во Република Македонија во значителна мера е определено од меѓународното законодавство. Ваквиот став е субјективен, т.е. не е реален и е производ на пасивната законодавна политика на Република Македонија во однос на човековите права и слободи, која се заснова на „прекопирање“ на меѓународните договори за човекови права. „Трката“ за прилагодување на целокупното законодавство со тоа на Унијата, овој процес го претвора во цел за себе. Законодавството е само еден дел од формалниот аспект за почитувањето на правото на здравје како дел од човековите права во Република Македонија.

Оттука, се надоврзува претпоставката дека правата поврзани со здравјето, во Македонија се имплементираат исклучиво како „меко“ законодавство со оглед на фактот дека тие остануваат недоволно познати или често се прекршуваатво реалноста. Се заборава на фактот дека здравјето не е интерес само на поединецот, туку претставува вредност за целото човештво. Здравствените политики и програми треба да ги унапредуваат, а не попречуваат човековите права. Унапредувањето на здравјето и зголемувањето на животниот век е карактеристично за демократски општества кои имаат развиени здравствени системи.

Анализата на сите меѓународни и домашни документи со кои се штитат човековите права и правото на здравје можат да се земат како основа за потврда на ваквите претпоставки, исто како и извештаите за заштита на човековите права и слободи на граѓаните, политиките на Владата и Министерството за здравство на РМ.

Досега направените истражувања во оваа област покажуваат дека значителен дел од граѓаните немаат сознанија за правата во доменот на здравјето. Тоа произлегува од индиферентниот однос на самиот здравствен систем и надлежните институции.

Економските, социјалните и културните права значително влијаат врз социјалната и економска положба и сигурност на човекот во општеството. Правото на социјална сигурност, социјална заштита и заштита на здравјето уште потесно го дефинираат правото на здравје.

Од сите фактори кои влијаат на здравјето на луѓето, социо – економскиот статус и класните разлики го привлекуваат, во најголема мера, интересот на истражувачите. Иако не постои согласност околу природата на таа врска, овој фактор нема помалку значајно место во овој труд. Појдовни показатели за нивната поврзаност се актуелните состојби во македонското општество:

- Пазарните сегменти во здравството ја намалија ефикасноста на јавното здравство;
- Подолните социјални слоеви имаат потежок пристап кон квалитетно здравство;
- Граѓаните од ниските слоеви незначително се упатени во нивните права и слободи во доменот на здравството;
- Социјалната исклученост на определени групи го отежнува нивниот пристап кон квалитетно здравство.

Етничката, религиозната и расната дискриминација, како и дискриминацијата според пол, политичка определеност или социјален статус го загрозува здравјето и добросостојбата на луѓето, а во екстремни

форми одзема човечки животи. Етничкото чистење и геноцидот се сведоштва низ историјата дека непочитувањето на човековите права претставува закана по физичкото и менталното здравје на луѓето.

Истражувањата покажуваат дека постојат недостатоци при остварувањето на правото на здравје и во земјите на Европската Унија, меѓутоа тие се поретки и постојано се работи на нивно надминување. Перцепцијата на Европската Унија за човековите права и здравјето претставува израз на демократија и идеал кон кој тежнеат речиси сите европски земји.

„Уживањето на највисоките можни стандарди на здравство е едно од основните права на секое човечко суштество без разлика на расата, религијата, политичката определеност, економските и социјалните услови“ – со овие зборови е основана Светската здравствена организација (WHO) во 1948 година и тие сè уште претставуваат глобална девиза при остварувањето на правото на здравје.

Постојат голем број меѓународните одредби, кои се однесуваат на човековите права во здравствената заштита. Некои содржат „тврди“, други „меки“ одредби, односно правно обврзувачки и необврзувачки одредби. Главните норми што ги штитат човековите права во здравствената заштита на меѓународно ниво се содржат во документите на Организацијата на обединетите нации (ООН), кои имаат големо глобално влијание. Меѓународните документи за заштита на човековите права и правото на здравје вклучуваат обврзувачки договори, како Меѓународниот пакт за граѓанските и политичките права и необврзувачки политики донесени од страна на ООН и невладините организации, како Декларацијата за правата на пациентите, донесена од страна на Светската лекарска асоцијација.

Најзначајни меѓународни документи кои ги гарантираат човековите права и правото на здравје, се:

- Универзалната декларација за човекови права,
- Меѓународниот пакт за граѓански и политички права,
- Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права,
- Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жените,
- Меѓународната конвенција за укинување на сите форми на расна дискриминација,
- Конвенција против тортура и друго сурово, нечовечно или понижувачкоказнување или постапување,
- Конвенција за правата на детето,
- Меѓународна конвенција за заштита на правата на сите работници – мигранти и членовите на нивните семејства,
- Конвенција за правата на лицата со инвалидитет.

Постојат голем број други важни документи, кои не се донесени од Организацијата на обединетите нации или од телата на Европската Унија и не се обврзувачки како договорите, но врз кои се потпираат земјите – членки на Унијата при остварувањето на човековите права и здравјето.

Такви се:

- Декларацијата од Алма – Ата (СЗО);
- Повелбата за правото на здравје (Меѓународната унија на правници);
- Декларацијата за унапредување на правата на пациентите во Европа (СЗО);

- Декларацијата за здравствена заштита ориентирана кон пациентите (Меѓународна алијанса на организациите на пациенти);
- Декларацијата од Џакарта за промовирање на здравјето во 21 век (СЗО).

На регионално ниво, одговорноста за заштитата на човековите права и слободи ја имаат Советот на Европа, Европскиот суд за човекови права и Европскиот комитет за човекови права.

Советот на Европа се смета и нарекува најстар чувар на човековите права, кој од 1949 година, обезбедува нивно почитување на територијата на Европа, поточно во 47 земји или 800 милиони луѓе. Оттука, произлегува важноста на документите кои ги носи оваа меѓународна организација.

Повеќето од европските документи за заштита на човековите права и правата поврзани со здравјето вклучуваат обврзувачки договори, како, на пример, Европската конвенција за заштита на човековите права и основните слободи (Европската конвенција за човековите права или ЕКЧП) и Европската социјална повелба (ЕСП). Другите документи донесени од Советот на Европа и граѓанското општество, како на пример Европската повелба за правата на пациентите, која иако многу значајна, сепак не содржи норми со обврзувачки карактер.

Документи за заштита на човековите права и здравјето, донесени од Советот на Европа, се следните:

- Конвенција за заштита на човековите права и достоинството на човекот, која се однесува на примената биологија и на медицината;
- Европската конвенција за човековите права;

- Европска конвенција за спречување тортура и нечовечно или понижувачко постапување или казнување;
- Европска социјална повелба;
- Рамковна конвенција за заштита на националните малцинства од 1995 година;
- Комитет на министри, Препорака број R (2005)5 за развојот на институциите за учество на граѓаните и пациентите во процесот на донесување одлуки, кои имаат влијание врз здравствената заштита.

Иако овие документи не се креација на институциите на Европската Унија, почитувањето на човековите права и правата поврзани со здравјето во Унијата се заснова на голем дел од документите донесени од Организацијата на обединетите нации и Советот на Европа.

Институциите на Европската Унија, водејќи се од основните меѓународни документи за човекови права, создале своја палета на документи за заштита на човековите права и слободи, кои важат за граѓаните на Европската Унија и се обврзувачки за сите земји кои сакаат да пристапат. Основната цел на земјите-членки на Европската Унија, во областа на здравството е да обезбеди високо ниво на здравје и на тој начин да го зголеми животниот век на своите граѓани. Токму затоа, во изминатите триесетина години се вложуваат сè повеќе финансиски средства и време за унапредување на здравјето. За таа цел се издвојуваат 5–10% од бруто националниот производ се издвојуваат за таа намена (Лазаров, 2005).

Европската Унија води единствена здравствена политика според која почитувањето на правото на

здравје претставува императив за сите земји –членки. Нејзината политика главно се состои од преземање акции за превенција на здравјето, потпомогнати со информативни кампањи, кои имаат за цел да дејствуваат прекугранично и да допрат до граѓаните на сите земји – членки на ЕУ.

Ако погледнеме историски ќе видиме дека ЕУ се залага за унапредување на здравјето од нејзиното основање до денес. Договорите за Европската заедница за јаглен и челик од 1952, Договорот за Европската економска заедница и Европската атомска заедница од 1958 година не ја одредуваат во целост здравствената политика на Заедницата. Содржат само некои одредби кои се однесуваат на заштита на здравјето на работно место. Општа здравствена регулатива за целата ЕУ е воспоставена со Договорот од Маастрихт, во 1993 година.

Во 2000 година, во Ница, за прв пат во Европската Унија се донел документ кој целосно ги опфаќа граѓанските, политичките, економските и социјалните права на граѓаните во Унијата. Повелбата за основните права во Европската Унија (7 декември 2000 година) ја изразува важната определба на Унијата за почитувањето на човековите права и слободи. Сепак нејзиниот правен статус беше неизвесен и немаше целосен правен ефект, сè до стапувањето на сила на Договорот од Лисабон, на 1 декември 2009 година, кога стана обврзувачка за сите нејзини земји, како и оние што сакаат да ѝ се приклучат.

Други поважни документи на институциите на Европската Унија, со кои се гарантира правото на здравје како дел од човековите права, се:

- Предлог – директивата на ЕУ за правата на пациентите во прекуграничната здравствена заштита, издадена од Европската комисија,

- Европската повелба за правата на пациентите,
- Декларацијата за унапредување на правата на пациентите во Европа.

Овие документи како концепциска основа ги имаат Универзалната декларација за човекови права, Европската конвенција за човекови права и Европската социјална повелба.

Некои од овие документи имаат обврзувачки карактер, други не. Институциите на Унијата им дозволуваат на земјите членки да го остваруваат правото на здравје во согласност со традицијата и нивните здравствени системи, но во едно се согласни, а тоа е дека сите документи кои што ги определуваат човековите права и слободи треба да бидат вметнати во општествените и здравствените системи на земјите – членки, како израз на највисок врв на демократијата.

Затоа и покрај големите варијации во традицијата, културата, здравствени системи на земјите – членки на Европската Унија, сите се согласни дека за остварувањето на правото на здравје, како фундаментален дел од човековите права, неопходно е да се работи на:

- јакнење на демократијата;
- модернизација на социјалните сервиси;
- јакнење на социјалната кохезија;
- јакнење на свеста кај граѓаните за одговорноста кон сопственото здравје;
- еднаков третман кон сите луѓе и
- унапредување на економскиот и социјален развој.

Во процесот на остварување на правото на здравје, значајно е и местото на Светската здравстве-

на организација, односно соработката на Европската комисија со Светската здравствена организација за Европа. Севкупната здравствена политика на Европската Унија се залага да ја исполнува обврската на населението да му го обезбеди правото на здравје според девизата за здравјето, на Светската здравствена организација, сфатено како состојба на комплетна физичка, ментална и социјална благосостојба, што не значи само отсуство на болест или трајна онеспособеност (WHO, 1948). За таа цел, соработката меѓу овие две тела е неопходна за развој и превенција на глобалното здравје. Во последниве десетина години таа соработка е продлабочена и резултира со усвојување заеднички програми и документи, за отстранување на сите неправилности при процесот на остварување на правото на здравје.

Во Република Македонија правото на здравје е определено со Уставот. Бидејќи пред Уставот и законите сите граѓани се еднакви (член 1), секој има право на заштита на здравјето. На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита (член 3). На тој начин, Р. Македонија, го гарантира правото на здравје како дел од човековите права и слободи, без разлика на полот, возраста, религијата, националноста, професијата или статусот што граѓаните го имаат во општеството.

Исто така, Уставот предвидува граѓанинот да има и право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите (член 39).

Правото на здравје е дел и од Законот за здравствена заштита на Република Македонија. Во членот 2, се споменува зачувување и унапредување на здравјето, спречување на појавата и ширењето на заболувањата, повредите и други нарушувања на здравјето итн.

# I ДЕЛ – ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА КАТЕГОРИЈАЛНИОТ СИСТЕМ

Правото на здравје се споменува во многу други закони, како на пример, Законот за заштита на ментално здравје, Законот за здравствено осигурување, Законот за лекови и помошни лековити средства и други, чиј преглед и анализа се опфатени во трудот.

Дел од институциите кои се вклучени во здравствениот сектор, како и некои институции и здруженија надвор од него, имаат директни надлежности и дејствуваат во однос на заштитата на правото на здравје. Тоа се: Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Лекарската, Стоматолошката и Фармацевтската комора, Народниот правобранител (Омбудсман), Етичката комисија за медицински истражувања на Медицинскиот Факултет при Универзитетот „Кирил и Методиј“, Етичкиот комитет за правата на пациентите при ЈЗО Клинички центар, Институтот за јавно здравје, Здружението на правници од здравството, седиштето на Светската здравствена организација, Хелсиншкиот комитет и медиумите.

Имајќи ја предвид здравствената политика на Европската Унија, политиките насочени кон унапредување на човековите права, како и искуствата на новите земји – членки, може да се претпостави дека членството во Европската Унија ќе го подобри квалитетот на здравството и ќе овозможи почитување и остварување на правото на здравје како фундаментален дел од човековите права во РМ.

## 1. ТЕОРИЈА ЗА ЧОВЕКОВИ ПРАВА И СЛОБОДИ

Слободите и правата на човекот се основниот елемент на секоја демократија. Степенот на нивното почитување и остварување ја покажува положбата што ја уживаат граѓаните во општеството. Дебатите за слободите и правата на граѓаните се јавуваат уште пред појавата на пишаните уставни и постојано се развиваат. Хронолошки за најстар се смета вавилонскиот законик од пред 2000 год. п.н.е., потоа старогрчката политичка и филозофска мисла, римското правно – политичко мислење, Христијанството, Хуманизмот, Реформацијата и Просветителството (Фрчковски, 2001:18–26). Еволуцијата продолжува со правно – политичкото нормирање на човековите права. Како камен темелник можеме да ја наведеме Големата повелба за слободите (Magna Charta Libertatum) од 1215 година, донесена во Англија. После поголема временска пауза, во Англија, се појавуваат Петицијата за правата од 1628 година, најголемиот уставен документ на гарантирани слободи; Листата на правата (Bill of Rights) од 1689, како потврда, во статутарна форма, на Декларацијата на правата од 1689 и познатиот Habeas Corpus Act од 1679 година. Првиот систематизиран документ за заштита на човековите права е донесен во Америка во 1776 година. Станува збор за Декларацијата на правата на Вирџинија, вовед во Уставот на Вирџинија, кој содр-

жел „права и слободи на поединецот“ и влијае на донесувањето на Декларацијата за независност на САД (1789), Листата на права на САД (1789) и Декларацијата за правата на човекот и граѓанинот на Француската револуција (1789).

Француската декларација за правата на човекот и граѓанинот е историски најпознат акт од овој вид и претставува платформа на многу уставни и декларации.

Иако овие документи имаат историска важност, „издигањето на човековите права во врвна општествена вредност е производ на модерното западно општество, односно самата идеја за човековите права е модерна и западна идеја“ (Трајковски: 2005, 162).

Денес можеме да зборуваме за слободи и права кои се гарантираат со разни декларации, петиции, повелби, меѓународно и регионално признати. Со втемелувачка важност се: Универзалната декларација за човековите права (1948); Европската конвенција за човековите права (Конвенцијата за заштита на човековите права и основни слободи, на Советот на Европа, која стапи на сила во 1953 година); Европската социјална повелба на Советот на Европа од 1961 година; Пактовите за лични, политички, социјални, економски и културни права (1966); Европската конвенција за превенција од тортура и друг нечовечки и понижувачки третман (1987); Конвенциите за правата на жените, за елиминација на расната дискриминација, статусот на бегалците, против тортурата, за правата на детето и други (ibid.).

Во теоријата постојат повеќе концепции за слободите и правата на човекот и граѓанинот. Концепција за природните права, смета дека човекот се раѓа слободен и како таков е носител на права и слобо-

ди и овие вродени права не можат да му се одземат или ограничуваат. Државата има улога исклучиво на заштитник на тие права и слободи. Теоријата за позитивните права има спротивни идеи, односно дека државата ги гарантира и со тоа може да ги ограничува човековите права и слободи. Освен овие две спротивставени гледишта, постои и еден средишен став, односно дека „слободите и правата се дело на уставите“ (Климовски:2006, 245).

Човековите права можат да бидат сфатени и како политички принципи, кои обврзуваат на почитување на човековото достоинство. Односно, како „принципи врз основа на кои индивидуите, дејствувајќи во насока – продуцирање на својот живот како општествени суштества, ја остваруваат фундаменталната човекова вредност и аспирација. Или поинаку речено, тие претставуваат идејно – политички средства за признавање на човековиот дигнитет на законски обврзувачки начин“ (Трајковски: 2005, 153).

Неколку основни карактеристики на современите човекови права се:

- Човековите права се права на секој поединец;
- тие се својствен дел на секој поединец бидејќи се човечки;
- се однесуваат на сите луѓе ширум светот и главно ја имплицираат врската помеѓу државата и индивидуата.

Функцијата на современите човекови права е да ја надомести штетата од нерамнотежата помеѓу општествено привилегираните и обесправените членови. Зад спроведувањето на човековите права „стојат државите, но исто така и општо прифатената норма дека светскиот мир може да се обезбеди врз основа на



идејата за човековите права и слободи“ (Трајковски: 2005, 151). Прекршувањата на човековите права најчесто се однесуваат на послабите и почувствителните во општеството и тие мора сами да се залагаат за заштита и унапредување на своите интереси, со што ќе ги применат карактеристичните човекови права.

Од наведената генеза може да се заклучи дека човековите права се гарантирани од меѓународните стандарди и законски заштитени во многу документи. На тој начин, државата и државните учесници се обврзуваат на нивно гарантирање и остварување. Сите човекови права се взаемно зависни и не можат да се замислат едно без друго. Тие се главно фокусирани на достоинството на човекот. Заштитиуваат поединци и групи и не можат да се откажат или одземат.

Човековите права се законски обезбедени и на тој начин се заштитиуваат и поединците и групите од дејности кои што ја попречуваат човековата слобода и достоинство. Тие ги опфаќаат граѓанските, културните, економските, политичките и социјалните права. Човековите права главно се насочени на односот помеѓу поединецот и државата. Владините обврски во однос на човековите права, во целост ги опфаќаат начелата за почит, заштита и исполнување. Владата на Република Македонија, односно Секретаријатот за европски прашања ги разбира човековите права како „универзални, неразделиви, взаемно зависни и меѓусебно поврзани. Меѓународната заедница треба глобално да ги третира човековите права на чесен и еднаков начин, на иста основа и со ист акцент. Додека значајноста на националните и регионалните особености и различни историски, културни и религиозни позадини треба да се имаат на ум, одговорност е на државите, без разлика на нивните политички, економ-

ски и културни системи, да ги унапредуваат и зашти-туваат сите човекови права и основните принципи за слобода“ (www.sei.gov.mk).

Современите човекови права, во основа, се делат на:

- Граѓански и политички слободи и права и
- Економски, социјални и културни права

### ***1.1. Граѓански и политички слободи и права***

Есенцијален елемент на граѓанските слободи и права се личните слободи и права. Под лични слободи и права се подразбира „сферата на заштита на физичкиот и личниот интегритет на човекот како човечка личност. Тие се придобивка на борбите на народот против апсолутизмот и самоволието на властодршците и за заштита на приватната сопственост, за почитување на физичкиот и правниот интегритет на личноста и човекот и за обезбедување на неговата чест и достоинство“ (Климовски: 2006, 250).

Лични права и слободи се:

- Право на живот,
- Интегритет на човековата личност,
- Право на слобода,
- Почитување на човековата личност,
- Пресумпција на невиноста на човекот,
- Правото на одбрана,
- Правото на жалба,
- Правото на надоместување на штета од државните органи,
- Слободата на движењето и настанувањето,
- Неповредливост на станот,
- Тајност на писмата и на другите средства за

- општење,
- Слобода на вероисповед и
  - Правото на државјанство.

Политичките слободи и права „се израз на политичкото конституирање на општеството и на мисловно активната суштина на човекот и претставуваат израз на политичкото битие на човекот како активен фактор во политичкиот живот на земјата“ (ibid.).

Политички слободи и права се:

- Право на рамноправност и еднаквост,
- Слобода на мислата и определувањето,
- Слобода на печатот и на другите видови информации,
- Слобода на говорот и на јавното истапување,
- Слободата на собир и на други видови јавно собирање,
- Слобода на здружување,
- Право на претставки и предлози и
- Правата на странците

### **1.2. Економски, социјални и културни права**

Економските, социјалните и културните права се признати многу подоцна од граѓанските и политичките слободи и права и сè уште се развиваат и дополнуваат. Тие претставуваат „збир на права кои ја обезбедуваат социјалната и економската положба на човекот во општеството, а ги уживаат граѓаните на една земја како лица во работен однос или како членови на општествената заедница, а не како човечки личности или политички суштества“ (Ibid.:271).

- Економски, социјални и културни права се:
- Право на сопственост,
  - Право и слобода на работа,
  - Право на образование,
  - Слобода на научно и уметничко творештво,
  - Право на заштита на здравјето,
  - Право на здрава животна средина,
  - Право на социјална сигурност и заштита итн.

## 2. ПОИМОТ ЗА ЗДРАВЈЕТО

Денес на здравјето гледаме како на општествен феномен, пред сè, грижа на државата. Меѓутоа ваквиот став не бил присутен отсекогаш. Точно е дека бил потребен еволуциски процес за конкретно определување на здравјето и болеста како концепти, меѓутоа, денешните гледишта се произлезени од западните општества во последните три века. Во предмодерните општества здравјето било сметано за исклучиво лично и интимно. Неговото одржување и унапредување се одвивале во семејството, кое воедно служело и како здравствена установа. За граѓаните не постоел некој надворешен авторитет кој би се занимавал со нивното здравје како што е денес случајот со државата и јавните здравствени системи. Здравјето претставувало личен, а не јавен проблем.

Со развојот на модерните општества т.е. заедничкото живеење, здравјето почнува да се перципира како обврска на граѓаните, но и право кое треба да го гарантира секое општество. Двата века доминација на западните сфаќања за здравјето и болестите влијаат на денешните гледишта на здравјето и го определуваат како највисока општествена вредност.

Модерната определба на поимот „здравје“ е најдобро изразена во Статутот на Светската здравствена организација, прифатен во 1948 година: „Здравјето е состојба на целосна телесна, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и изнемоштеност“. Покрај физичката и психичката компонента на здравјето, овој поим вклучува и социјална благосостојба како состојба на мир и сигурност, во која се-

кој човек без разлика на раса, вера, политичко убедување и пол има право за здравствена заштита, која му овозможува хармонично да живее во здрава околина.

Здравјето е сфатено како динамички процес на континуирано прилагодување на човекот на околината во која егзистира. Како резултат на односот меѓу човечкиот организам и околината, здравјето е подложено на постојани промени, од што произлегува дека здравјето освен да се чува може и да се унапредува.

Со оваа дефиниција, СЗО успеа да ја надмине границата на гледиштето основано на био – медицината и патологијата, во многу попозитивна област „благосостојба“.

„Уживањето на највисокиот стандард на здравје е едно од основните човекови права на секое човечко суштество без разлика на расата, верата, политичкото убедување и економската и социјална состојба. Здравјето на сите народи е од основна важност за мир и сигурност, а тоа зависи од соработката меѓу поединците и државата. За постигнување највисок степен на здравје е неопходно да им се овозможи на сите народи користење на новите сознанија на медицинските, психолошките и други науки. За подобрување на народното здравје од голема важност е насоченото јавно мислење и активна соработка со јавноста. Владите се одговорни за здравјето на своите народи кое можат да го осигурат со спроведување соодветни здравствени и социјални мерки. Од правото на здравјето произлегува и должноста кон здравјето“ (во статутот на СЗО).

Тоа значи дека заедницата е должна да осигура здравствена заштита и лечење за секој поединец, додека тој е должен да презема сè што е во негова моќ да го одржи или врати здравјето. Според оваа дефиниција,

социјалната благосостојба е изедначена со телесната и психичката состојба и тие заедно претставуваат неделива концепција за човечкото здравје.

Меѓу останатите дефиниции за здравјето е и онаа на Марк Лалонд (сојузен министер за здравство на Канада), кој го дефинира здравјето како „резултат на фактори поврзани со генетско наследување, животна средина, начин на живот и медицинска заштита, со елементи како генетски и биолошки фактори, фактори на однесување и ставови, околина, вклучувајќи и економски, општествени, културолошки и физички фактори и организација на системот за здравствена заштита“ (Lalonde:1974, 32).

Во прилог е слика број 1, со која Тулчински, во делото „Ново јавно здравство“, го опишува здравјето во заедницата и поврзаноста со другите општествени услови и здравствени услуги. Во средината се поставени пациентот, корисниците и заедницата, а кругот ги претставува факторите на здравје и условите во кои, и со помош на кои, се остварува. Прикажани се здравствените служби, нивната меѓусебна поврзаност и фактот дека секој од нив влијае на здравјето на секој во заедницата. Освен, функционалната зависност на сите елементи на здравствена заштита, тука се и факторите како социјална заштита, околина, образование, исхрана, домување итн. (Тулчински:2003, 79).

Слика 1. Здравјето во заедницата како мрежа на услуги на определено население (Community health as a network of services serving a defined population).



Извор: „Ново јавно здравство“ (“New Public Health“), Тулчински.

### 3. ДЕФИНИРАЊЕ НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

Правото на здравје е вклучувачко право. Иако правото на здравје често го поврзуваме со пристапот до медицинска нега и градење на болници, тоа оди многу подалеку. Вклучува многу фактори кои помагаат да се изгради здрав живот. Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права ги нарекува овие фактори „одредници / детерминанти на здравјето“. Тие вклучуваат:

- Здрава вода за пиење и соодветна санитација,
- Здрава храна,
- Адекватна исхрана,
- Здрава работна средина,
- Едукација и информирање за здравјето,
- Еднаквост на половите.

Правото на здравје вклучува слободи, кои се однесуваат на правото на неприфаќање на неodobрен медицински третман, како медицински експеримент, истражувачка или принудна стерилизација, ослободување од тортура или друго сурово однесување, нечовечки или деградирачки третман или казна.

Правото на здравје вклучува и одобренија, овластувања, односно:

- Правото на здравствена заштита т.е. еднаква можност на сите да ги уживаат највисоките возможни стандарди за здравје;
- Правото на превенција, третман или контрола на болести;
- Пристап до есенцијално важни лекови;
- Грижа за репродуктивното здравје, здравјето на мајките и децата;

- Еднаков и навремен пристап до основните здравствени сервиси;
- Едукација и информирање за здравјето;
- Партиципација на популацијата во одлуките кои се однесуваат на здравјето и
- Здравствените услуги, добра и олеснувања мора да бидат овозможени без дискриминација (Mann: 1999, 74).

Непостоењето на дискриминација е клучен принцип на човековите права и е од круцијална важност за уживањето на правото на највисоки можни стандарди на здравје:

- Сите услуги, добра и олеснувања мора да бидат достапни, пристапни, прифатливи и со добар квалитет;
- Функционирањето на јавното здравје и здравствената грижа треба да бидат обезбедени од државата;
- Мора да бидат достапни физички, финансиски и без никаква дискриминација. Пристапноста, исто така, имплицира право да се бараат, добиваат и пренесуваат информациите поврзани со здравјето, во таква форма која ќе ја разберат дури и луѓе со пречки во развојот, но сепак не го загрозуваат правото на доверливост на здравствените податоци;
- Опремата, добрата и услугите, исто така треба да ја почитуваат медицинската етика, да се полого сензитивни и културно соодветни. Со други зборови, треба да бидат медицински и културно прифатливи.
- И на крајот тие мораат да бидат научни и медицински соодветни и со добар квалитет. Ова бара, во практика тренирани здравствени професионалци, лекови кои што се научно одобрени и со неистечен

рок на траење, болничка опрема, адекватна санитација и здрава вода за пиење (Gruskin, 1999:33).

Во прилог е сликата број два, која ја прикажува перцепцијата на земјите во светот за правото на здравје како човеково право. Од сликата може да се заклучи дека во сите земји во светот постои одредена перцепција за постоењето на правото на здравје. Во 142 земји е ратификуван Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, кој потесно го одредува здравјето како човеково право. 83 земји имаат ратификувано регионални договори во кои се содржи правото на здравје, додека 109 земји, го препознаваат правото на здравје во нивните национални уставни.

Слика 2. Национална перцепција за правото на здравје (“National Recognition of a Right to Health“)



Извор: Eleanor D. Kinney, *The International Human Right to Health: What Does This Mean For Our Nation And World?* Indiana Law Review, Vol. 34, стр 1465, 2001.

Според Мери Робинсон, Висок комесар за човекови права на Организацијата на обединетите нации: „Правото на здравје не значи право да се биде здрав, ниту пак значи дека сиромашните влади треба на прво место да постават богати здравствени услуги за кои немаат ресурси. Но правото бара од владите и јавните власти да постават плански акции кои што би воделе кон достапна и пристапна здравствена нега за сите за најкусо возможно време. За да се осигура дека ќе се случи ова предизвикот се соочува и со човековите права во заедницата и со здравствените професионалци“.

Правото на здравје, односно на најдобра можна здравствена состојба, за првпат беше изразено во Уставот на СЗО (1948) и потоа повторено во Декларацијата на Алма – Ата, во 1978 и во Светската здравствена декларација (1998). Цврсто е поддржано во широк опсег на меѓународни и регионални инструменти за човекови права.

Правото на најдобра можна здравствена состојба за човекови права налага збир на социјални аранжмани– норми, институции, закони, создавање на средина која што најдобро ќе го обезбеди уживањето на ова право. Најавторитетната интерпретација на правото здравје е потцртана во Член 12 на Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, ратификуван од 142 држави (од мај 2002г.).

Во Мај 2000 година, Комитетот за економски, социјални и културни права, усвои Генерален коментар за правото на здравје, кој вели дека правото на здравје е тесно поврзано со и зависно од реализација на други човекови права, вклучувајќи го и правото на храна, дом, работа, образование, учество, уживање на придобивките и научниот напредок и негова примена, живот, недискриминација, еднаквост, забрана за на-

силство, приватност, пристап до информација и слобода за здружување, собири и движење. Генералните коментари, во рамките на Организацијата на обединетите нации, служат да ја разјаснат природата и содржината на правата на индивидуите и обврските на државите – членки (оние држави кои потпишале). Понатаму, Комитетот го објаснува правото на здравје како обемно право кое се протега не само во однос на временска и соодветна здравствена нега, но и на нагласување на основните детерминанти на здравје, како пристап до безбедна и питка вода и соодветна санитарна заштита, соодветни резерви на здрава храна, исхрана и дом, здрави професионални и животни средини и пристап до здравствено образование, информации, вклучува и сексуално и репродуктивно здравство (WHO: 2002).

Според „25-те прашања и одговори за здравјето и човековите права“ (“25, Questions & Answers on Health and Human Right“), Генералниот Коментар изнесува четири критериуми, според кои се проценува правото на здравје:

*а) Расположливост.* Функционирање на здравството и здравствените објекти, материјални добра и услуги, како и програмите, треба да биде на располагање во доволна количина.

*б) Пристапност.* Здравствените установи, материјални добра и услуги, треба да бидат достапни за секого, без дискриминација, во надлежност на државата-членка. Пристапноста има четири преклопувачки димензии:

- Недискриминација
- Физичка достапност

- Економска пристапност (достапност)
- Пристапност до информации

*в) Прифатливост.* Сите здравствени установи, материјални добра и услуги мора да ја почитуваат медицинската етика и културата соодветно, осетливи на полот и животните барања, како и да се дизајнирани да ги почитуваат доверливоста и да ја подобруваат здравствената состојба на оние кои се засегнати.

*г) Квалитет.* Здравствените установи, материјалните добра и услуги мора да бидат научно и медицински соодветни и со добар квалитет (WHO:2002).

Често се појавуваат недоразбирања во однос на концептирањето на здравјето како човеково право и најчесто се однесуваат на изедначувањето на правото на здравје со правото да се биде здрав. Никој не е во можност, никому да му гарантира здравје. Оттука произлегува негативниот впечаток дека правото на здравје не може да се гарантира како човеково право. Уште поконфузно е мислењето дека државата мора да ни гарантира добро здравје. Доброто здравје е под влијание на неколку фактори, кои се надвор од директна контрола на државата. Подобро е правото на здравје да се идентификува како право на уживање на добра, опрема, услуги и услови, потребни за негова реализација. Затоа е полесно е да се опише како право на уживање на највисоки можни стандарди за физичко и ментално здравје, отколку како безусловно право на здравје.

Важно е да се воочи феноменот кој укажува дека со тек на време, остварувањето на правото на здравје сè повеќе се поврзува со хигиенска заштита,

здрава вода за пиење, односно здрави услови за живот и работа. Се нагласува комплексноста на заштитата на здравјето како човеково право, доколку анализираме што сè опфаќа заштитата на здравјето, односно здравствената заштита како служба која има важна улога во остварувањето на правото на здравје.

Заштитата на здравјето/здравствената заштита опфаќа:

А) заштита и унапредување на здравјето; заштита на здравјето/здравствена нега за луѓето со слабо здравје;

Б) спречување болести, предвремен инвалидитет и смрт;

Г) итна интервенција, прва помош и спасување живот; лечење и нега на болни;

Д) пренатална заштита на здравјето, здравствена заштита на деца и мајки пред зачнување, раѓање;

Ѓ) заштита на здравјето на децата и младите; итн. (Belicza:2003, 200).

### ***3.1. Здравјето како право, здравјето како обврска***

При утврдувањето на здравјето како човеково право, треба да се има предвид дека врз здравјето на луѓето влијаат природни и општествени фактори, како на пример:

- Индивидуална, вродена или стекната психофизичка конституција; природните фактори (вода, воздух, земја, растителен и животински свет, микробиолошки агенси);
- Општествена и работна околина;
- Општествената заедница, производните и економски односи;
- Културолошки, индивидуални, колективни фактори.

Сите наведени елементи се релевантни за стратегијата за остварување на правото на здравје како човеково право.

Факт е дека во речиси сите документи, кои во основа ги регулираат меѓучовечките односи и се поврзани со правото на здравје, наидуваме на дефинирање на права, но и на обврски, како за поединците, така и за заедницата.

Во т.н. прва генерација на општи декларации, конвенции, договори за здравствените работници и нивната професија доминира настојувањето управно-политичките државни власти да развиваат и гарантираат механизми, кои ќе овозможат реализација на правото на здравје и право на заштита на здравјето, оставајќи отворена можност да се прилагоди степенот на реализација со локалните, првенствено економски можности и потреби на секоја земја. Се сметало доволно модулот на општи документи да се усогласи со глобално најзначајните здравствени проблеми и осетливи групи и така да се оствари единствена успешна стратегија, заснована на човекови права, морални и етички премиси. Се подразбира дека секој кој се занимава со човековите права, треба да ги познава документите, поврзани со нивната гаранција. Правата што се гарантираат најчесто се засноваат на морално-етичките вредности на луѓето, како што се: еднаквост, автономност, достоинство, како и придружни принципи: корисност, ненанесување штета на поединците и заедницата.

Како резултат на тоа, денес постојат многубројни документи кои, од гледиште на медицинско-здравственото законодавство, немаат исто значење на глобално ниво. Во земјите кои ги потпишале и ратификовале се очекува да ги вградат основните премиси



#### 4. ВРСКАТА МЕЃУ ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

на правото на здравје во законите, особено оние за здравствена заштита, здравствено осигурување и/или био – медицински истражувања на луѓе. Тоа може да го забележиме во Преамбулата на законите каде носителите на законот се повикуваат на меѓународните документи на Организацијата на обединетите нации, Светската здравствена организација, Европската Унија итн. Најбројни и најчесто апострофирани документи се оние кои го анализираат здравјето во контекст на човековите права:

- приватност и човекови права;
- човекови права од аспект на репродуктивна технологија;
- човековите права и децата;
- човековите права и генетиката (генетско тестирање, генетска манипулација);
- човековите права и ментално заостанати лица;
- човековите права и евтаназијата.

Сè почесто, на оваа група права се придружуваат и документи кои се занимаваат со човековите права на заболените од сида.

Правото на здравје е тесно поврзано со правото на живот и правото на интегритет на човековата личност. Поаѓајќи од фактот дека животот на човекот е неприкосновен и никој не може да одлучува за неговото траење, се покажува јасната релација на овие две права. Здравјето е главен услов за живот, а болеста главен причинител за прекин на животот. Правото на живот не значи само признавање на битието на човекот или забрана за посегавње по туѓ живот, туку треба да се сфати и како „право на квалитетен живот ослободен од секојдневни баналности, стремежите кон просечност и нееднаквост на луѓето и во повисока форма го опфаќа и правото на среќа“ (Климовски:2006, 251). Слободно може да се додаде дека правото на живот во повисока форма го опфаќа и правото на здравје, како потврда на фактот дека без здравје нема среќа, нема живот.

Што се однесува до правото на интегритет на човековата личност, Уставот на Република Македонија го определува на два начини: прво се гарантира неприкосновеност на физичкиот и моралниот интегритет на човекот, а се забранува секој облик на мачење, нечовечко и понижувачко однесување и казнување, како и присилната работа (член 11) и второ, на секој граѓанин му се гарантира почитување и заштита на приватноста на неговиот личен и семеен живот, на достоинството и угледот (член 25). Интегритетот и физички и психички не смее да биде нарушен или повреден. Загадената вода за пиење, ненавремената здравствена заштита, повреда или предизвикување болест заради неукажана помош од здравствен работник и сиромаштијата се

фактори кои длабоко навлегуваат во интегритетот на човекот. Мачење, нечовечко и понижувачко однесување, не може да биде предизвикано исклучиво од полициска сила и во полициска станица, туку и во здравствена установа. Меѓутоа и во двата случаи се прекршува правото на здравје. Загрозувањето на здравјето заради присилна работа најнепосредно го негира физичкиот и менталниот интегритет на човекот.

Потоа, членот 18 гарантира сигурност и тајност на личните податоци што гарантира заштита од повреда на личниот интегритет. Тоа значи дека граѓаните имаат право на заштита на податоците кога станува збор за нивното здравје.

Забраната за дискриминација по разни основи која е втемелена во секој устав е силно поврзано со правото на здравје. Ранливите и маргинализираните групи во општеството недоволно се вклучени во здравствениот сегмент. Очигледната или имплицитната дискриминација, кон нив, ги нарушува фундаменталните начела на човековите права и често се основа на лоша здравствена состојба. Во пракса, дискриминацијата може да се манифестира преку несоодветни здравствени програми и ограничен пристап до здравствените услуги.

Дискриминацијата се манифестира на голем број начини, кои директно или индиректно влијаат на здравјето. На пример, Декларацијата за елиминација на насилство врз жените ја препознава врската помеѓу насилство врз жените и историски нееднаквиот однос помеѓу мажите и жените.

Забраната за дискриминација не значи дека разликите треба да се воочат, но таа различна постапка и неуспехот да се постапува еднакво во еднакви случаи, мора да се базира на објективни и разумни

критериуми, кои настојуваат да ги исправаат нерамнотежите во општеството.

Во однос на здравството и здравствената нега настанала основата за недискриминација и може да се резимира: „секоја дискриминација во допир со здравствената нега и со основните здравствени детерминанти, како и нивните права за набавка, врз основа на раса, боја, пол, јазик, религија, политичко или друго мислење, национално или социјално потекло, имот, раѓање, физичка или психичка онеспособеност, здравствена состојба (вклучувајќи и ХИВ/СИДА), сексуална ориентација, граѓански, политички, општествен или друг статус, има намера или влијание за поништување или нарушување на еднакво уживање на правото на здравје“ (од Генералниот коментар за правото на здравје, СЗО).

Праксата на јавното здравје е силно отежната со проблемот на ненамерна дискриминација. На пример, при пренесување пораки преку медиумите се претпоставува дека кај населението се постигнува единствен, доминантен јазик како порака на телевизија. Меѓутоа, анализите забораваат да ги вклучат здравствените проблеми, посебно важни за одредени групи, како на пример болните од рак на дојка или леукемија; или кога проблемот го игнорира вистинскиот одговор, како кога предупредувањата за труење со купување евтини и недоволно проверени лекови ја игнорира финансиската состојба на одредена група граѓани. Навистина, ненамерната дискриминација е толку распространета што истите јавни здравствени полиси и програми треба да се сметаат за дискриминаторски сè додека не се докаже спротивното, односно обезбедување и афирмирање на човековите права и нивно почитување (The Hasting Center Report:2007).

Во прилог е слика број 3, која го потврдува веќе наведениот текст, односно прикажува примери за поврзаноста на правото на здравје со другите човекови права. Имено, прекршување на некои човекови права, води кон лошо здравје, како на пример тортура, ропство, насилство врз жени и деца. Потоа, пример за тоа како правото на здравје, заедно со правото на образование, храна и домување, слобода од дискриминација, влијаат врз подобро здравје и на крајот поврзаноста меѓу унапредувањето на човековите права за подобро здравје и прекршувањата на правото на здравје.

Слика 3. Примери за поврзаноста меѓу правото на здравје и човековите права  
 (“Examples of the Links between Health and Human Rights“)



Извор: “25 Questions & Answers on Health & Human rights“, WHO.

## 5. РАЗЛИЧНИ ПРИСТАПИ КОН ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ КАКО ЧОВЕКОВО ПРАВО

Постои долга и добро етаблирана традиција на одбрана на правото на здравје како човеково право во медицинските дневници. Во 1999 година, „Британскиот медицински весник“ (“British Medical Journal“) ја отворил дебатата за човековото право на здравје и веднаш биле понудени низа етички принципи кои се однесуваат на човековото право на здравје. Суштината на предлогот била дека сè додека има барање за спроведување и почитување на човековото право на здравје, општеството ќе мора да овозможи предуслови. Според тоа, правото на здравје, како човеково право, не може да биде купено или продадено на пазарот како другите удобности. Исто така, не смее да биде ограничувано од паричната способност. Туку, владите треба да имаат обврска да обезбедат медицинска едукација, тренинг, за да ги обучат и здравствениите работници и граѓаните (Kandela, 1988:112–130).

Наспроти ваквиот став, постои мислење дека граѓанските и политичките потреби денес се прифаќаат како човекови права и дека е тешко да се пронајде „рационална и унилатерална основа за да се гледа на здравствената заштита на истиот начин“ (Barlow, 1999:321). Втора забелешка е дека дури и да постои основна согласност за здравјето како човеково право, навистина е проблематично да се определи кој има обврска да ги исполни условите за остварување на ова право.

Трето, спротивставените ставови се дека било која дефиниција за здравствената заштита, би требало да биде многу поопширна и да ги опфати социјалните,

економските, организационите, научните и техничките компоненти и врската помеѓу нив, пред да може да се постигне каков било договор за постоење на човековото право на здравје. Тие забележуваат дека дури и да се реши оваа потешкотија, повторно се јавуваат проблемите кога треба да се донесат брзи одлуки кои значат живот и смрт и нема време за спроведување закони и права.

Дебатите кои се однесуваат на здравјето, често се засновани на фактот дека доброто здравје може да биде остварено само во контекст на добра социјална организација во рамките на која се става посебен акцент на сиромаштијата, образованието, домаќинството, економската глобализација и други социјални фактори. На ваквото видување, често му недостасува основна поткрепа за поголемо внимание на здравјето. Движењата за човекови права нудат поткрепа преку идентификација на „предуслови за добросостојба, кои потоа претставуваат рамка за анализа и директни одговори на социјалните детерминанти на здравјето и се многу покорисни од традиционалните видувања на здравјето“ (Mann, 1997:23). Овој пристап настојува да ги поврзе јавното здравје и движењата за човекови права како единствен заеднички проект, заснован да ги зацврсти потребите за социјални права.

Ако тргнеме од дефиницијата на Светската здравствена организација, која го определува здравјето како состојба на комплетна физичка и ментална благосостојба, како основна вредност и доколку го земеме како основа за правото на здравје, можеме да завршиме со апсурдно барање за превенција од неконтролираните болести и болести предизвикани од стареење и на крајот смртност. Додека социјалната здравствена култура во многу богати земји сугерира дека идејата за

бесмртност е посакувана и внимателно следена, поддржувачите на правото на здравје повеќе се загрижени за социјалните, политичките и економските прилики како предуслови за здрава средина. Покрај другите работи ова вклучува пристап до здравствена грижа и достапност до лекови, а исто и здраво стареење, домаќинство, образование, здрава животна средина, безбедност на работното место (Evans, 2002:197-215).

Правото на здравје е подобро остварливо, доколку ние како општество „заеднички се залагаме за да ги осигуриме условите во кои луѓето можат да бидат здрави“ (International Federations of Red Cross and Red Crescent Societies and Francois Xavier Bagnoud Centre for Health and Human rights, 1999:29).

Попрецизно кажано, здравјето зависи од умешноста за превенција од болести, унапредување на здравјето и продолжување на животниот век, преку организиран напор на општеството.

Дебатите против правото на здравје како човеково право, ги прифаќаат граѓанските и политички барања како човекови права, но ги потиснуваат социо – економските барања, вклучувајќи го правото на здравје, на статус на аспирации.

Економските и социјалните барања, како на пример, право на одреден стандард на живеење или здравствена грижа, се детерминирани од културата на земјата. Да се зборува за универзални права на „платена работа или породилно отсуство“ на пример, нема смисла, во одредени општества каде што овие концепции не значат ништо.

### ***5.1. Глобализацијата и правото на здравје***

Иако, има неколку натпреварувачки верзии на глобализацијата, најприфатена е таа според која ние

сме сведоци на значаен пресврт во просторните мрежи на социјалните односи, што се рефлектира врз интензивниот раст на трансконтиненталните, меѓурегионалните и глобалните интеракции и тоа секако се рефлектира врз здравјето на луѓето.

Ширењето на сидата и други опасни хронични болести земаат сè поголем замав со индустријализацијата и глобализацијата. Глобалното затоплување, киселите дождови, нуклеарната енергија, токсичниот отпад сè повеќе го загрозуваат здравјето на луѓето на глобално ниво. „Интензивното индустриско земјоделство, кое е субвенцирано со милијарди, не предизвикува драстичен пораст на содржината на олово во мајчиното млеко и во организмот на децата само во далечните градови, туку насекаде“ (Bek: 2001, 56).

Глобалното загадување на воздухот, водата и храната одземаат сè поголем број човечки животи. Здравствени проблеми предизвикани од тој процес се прашања, кои по природа се над капацитетот за решавање од страна на поединечни индивидуи или земји. „Тие бараат заеднички организирани напори на владите, меѓународните институции и невладини организации и меѓусебна соработка со индустријата и медиумите, со што би се постигнале промени и би се намалила штетата од злоупотреба на животната средина и социјалните разлики“ (Тулчински: 2003, 48).

Како друг проблем, произлезен од глобализацијата, се јавува распространетоста и забрзаното ширење на болестите. Модерните болести на 21-от век се присутни насекаде, меѓутоа повторно се јавуваат некои одамна заборавени болести, како туберкулозата, тифусот, чумата итн.

Глобалното ширење на СИДА-та предизвикува значителен потрес на целото човештво. „Оваа болест

предизвика смрт на околу 20 милиони луѓе низ целиот свет до 2001 година, додека повеќе од 40 милиони во моментот живеат со болеста. Како последица на СИДА-та просечниот животен век е намален за 20 до 40 години во голем број земји на Супсахарска Африка“ (Шолте:2008, 347).

На глобализацијата ѝ се препишуваат и други негативни ефекти врз здравјето. Глобалната трговија со храна го распространи кравјото лудило низ планетата, заедно со другиот ризик за човековото здравје, Кројцфелд-Јаковсовата зараза. Глобалната подвижност пак, го зголеми движењето на некои постари болести како на пример: колерата, маларијата и туберкулозата (ibid.).

Исто така, се јавува и проблемот на одлив на медицински персонал таму каде е најпотребно. Имено, голем дел од здравствените професионалци одат да работат во поразвиени европски земји заради поголема финансиска исплатливост.

Искоренувањето на „лошите“ фактори на здравје и почитувањето на човековите права, поврзани со здравјето, е сè поголем предизвик во ерата на глобализацијата.

И покрај тоа што, врската меѓу здравјето и порастот на меѓународната трговија и транспорт е забележана пред повеќе од 150 години, опсегот на глобализацијата наметнува дека социо – економските права и понатаму остануваат со многу барања и аспирации. Најголемиот страв е дека богатите, помагајќи им на сиромашните ќе останат без своето здравје. „Галопирачката инфлација на здравјето ќе предизвика оние кои што денес се во добра здравствена и општа состојба, утре да чекаат во редовите на ‘народните кујни’ кои даваат здравствено осигурување, а задутре

во заедницата за инвалиди и повредени“ (Bek:2001, 59). Според ваквата дефиниција, почитувањето на социо-економските права како човекови права бара откажување на привилегиите што ги имаат богатите за сметка на сиромашните, како што веќе беше објаснето. Барањата за унапредување на социо-економските права во ерата на глобализација, според либералите, би ги терала богатите да се откажат од предностите кога станува збор за нивното здравје (како приватни здравствени установи, врвна нега, најдобри здравствени услуги, здрава храна итн.) за сметка на еднаков пристап до „здравје“ и со тоа да го изгубат.

Како и да е, процесот на глобализација има и позитивна страна. Може и да го подобрува човековото здравје, а не само да му штети. Глобалните комуникации го унапредуваат и шират знаењето на здравствениот кадар и го информираат човекот за сите новите поврзани со здравјето. Фармацевтските компании овозможуваат многу позитивни здравствени третмани за луѓето низ целиот свет. Слободното движење им овозможува на европските граѓани да се лекуваат таму каде што ќе најдат најсоодветни третмани.

Светската здравствена организација, Организацијата на обединетите нации и УНИЦЕФ, придонесуваат во распределбата и координацијата за меѓународна соработка на здравствените системи на земјите ширум светот. Преку глобално финансирање и спонзорирање на програми за подобро здравје, позитивно влијаат на остварувањето на правото на здравје како човеково право.

Ефектите од глобализацијата, позитивни или не, не можат да се избегнат, ниту отфрлат, а најмалку да се запостават.

## 6. ЗДРАВСТВОТО И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

Современите поими за здравство произлегуваат од две, иако поврзани, сепак доста различни науки: медицина и здравство. Додека медицината се фокусира на здравјето на индивидуата, здравството го нагласува здравјето на населението. Да поедноставиме, здравјето на една индивидуа е предмет на лекарските и други услуги за здравствена заштита, главно во контекст на физичка болест и неспособност (а во помала мера и психичка). Спротивно на ова, здравството се дефинира како обезбедување на услови во кои сите луѓе би биле здрави. На тој начин, здравството има особена цел која се залага за здравјето и ја нагласува заштитата од болест, инвалидитет и предвремена смрт (Institute of Medicine: 1988).

Од гледна точка на здравството, расположливоста на лекарските и другите услуги за здравствена заштита, иако ги формираат есенцијалните услови за здравје, сепак тоа не е синоним за „здравје“. Само мал дел на несогласување во здравствената состојба на населението може релативно да се препише на здравствената заштита. Здравствената заштита е неопходна, но очигледно недоволна за здравјето (The International Bank for Reconstruction and Development: 1993).

Така, современиот концепт за здравството ја вклучува и надминува здравствената заштита за да ги опфати пошироките социјални аспекти и објаснувањето на благосостојбата на индивидуата и населението. Можеби најдалекусежниот извештај за проширениот опсег на здравството се содржи во предговорот на Светската здравствена организација, каде што е наве-

дено дека „уживањето на највисокиот остварлив стандард на здравје е едно од фундаменталните права на секое човеково битие“.

Постојат комплексни врски помеѓу здравството и човековите права:

- Прекршувањето или недостатокот на човековите права може да има сериозни здравствени последици;
- Политиките и програмите за здравство би ги унапредиле или прекршиле човековите права на начин на кој се тие дизајнирани или имплементирани;
- Ранливоста и лошото влијание врз здравството би било намалено со преземање чекори за почит, заштита и исполнување на човековите права.

Здравството и човековите права ретко се поврзуваат на одреден начин. Дискусиите за здравството не придаваат важност на човековите права, освен неколку исклучоци кога станува збор за здравствената заштита. Освен кога, очигледното нарушување во здравјето е предизвикано поради злоупотреба на човековите права, здравствените мерки главно се отсутни во дискусијата за човековите права.

Објаснувањата за недостигот на комуникација помеѓу домените на здравство и човекови права вклучуваат разидувачки филозофски гледишта, вокабулари, професионална регрутација и обука, општествени улоги и методи на работа. Освен тоа, современите концепти за здравството и човековите права се сложени и постепено се развиваат. Во пракса, здравствените работници се прашуваат за употребливоста или корисноста (додадената вредност), настрана од неопходноста, за присоединување на гледиштето

на човековите права во нивната работа, и обратно. Притоа, освен идејата да се премости разликата во биоетиката, во правната наука и во законот за јавно здравство, историјата на спротивставените односи помеѓу медицината и правото или помеѓу здравствените службеници и јавните правобранители, евентуалната заедничка корисна соработка може да доведе до тешкотија и неизвесност (Dworkin, 1978:23).

Внимание на пресекот помеѓу здравството и човековите права може да даде вистински профит на оние кои се занимаваат со здравството или човековите права, може да помогне во преориентирање на ставот за големите глобални предизвици во здравството и може да придонесе за проширување на ставот и знаењето за човековите права. Покрај тоа, значајниот дијалог за взаемна соработка помеѓу здравството и човековите права е општоприфатен. Постојат голем број карактеристики на современото здравство и човековите права кои ја подразбираат соработка помеѓу здравството и човековите права.

### ***6.1. Правата на пациентите како човекови права***

Пациентите имаат централна улога во здравствените системи. Тие се учесници и активни партнери во креирањето на здравствената политика на земјата. За да може да ја остваруваат ваквата функција тие треба да уживаат права кои ќе им бидат доделни и гарантирани како задолжителни права од страна на секоја држава.

Во средината на деведесеттите години на 20 – от век, Светската здравствена организација ја донесе Декларацијата за унапредување на правата на пациен-

тите во Европа. (WHO Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe), како и Водичот за промовирање на човековите права на лицата со менталнонарушување (Guidelines for Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders 1996). Декларацијата за унапредување на правата на пациентите е усвоена во Амстердам во 1994 година. Терминот пациент во овој документ подразбира секој човек кој користи здравствена заштита без разлика дали е здрав или болен.

Според Амстердамската декларација, правата на пациентите се определени како право на грижа и третман, право на информација, право на доверливост, право на приватност, право на заштита и пристап до медицинска документација и право на заштита на пациентите при остварување на здравствена заштита.

Некои од правата на пациентите се:

- право на известување;
- право на согласност, односно право на одбивање или прекин на медицинска постапка;
- право на увид во сопствена медицинска документација;
- право на здравствена заштита и основна грижа на неговото/нејзиното здравје;
- право на континуирана заштита;
- право на друго мислење;
- право на избор на лекар;
- право на третман во согласност со културата на пациентот;
- право на поддршка од родители, роднини и пријатели во текот на лекувањето, како и на душевна потпора кога тоа е потребно;
- право на намалување на страдање со помош на целото знаење и можности;

- право на медицинска заштита и заштита до смрт, како и на достоинствена смрт.

Според овие права, согласноста на информиранiot пациент е предуслов за било каква медицинска постапка. Детално се регулирани ситуациите кога пациентот не е способен да одлучува и во кои ситуации, наместо него, тоа може да го направи законски застапник на пациентот. Во однос на правото на почитување на приватноста на пациентите, како и доверливоста на здравствената документација, се посочува забраната за мешање во приватниот и семејниот живот на пациентот, освен кога тоа е неопходно заради дијагностика, лечење и грижа и секако со согласност на пациентот. Изведувањето на медицинските зафати може да се изврши само во присутност на оние личности кои се неопходни за одвивање на зафатот, освен ако пациентот не се согласи или не бара поинаку.

Доколку, пациентот биде примен во здравствена установа на лекување, тој има право да очекува сместување кое гарантира приватност, особено додека му се извршуваат испитувања, лекарски третмани или лична нега. Ако пациентот смета дека неговите права не се почитуваат има право на жалба. Гледано во целина, овој документ значајно навлегува во односот лекар-пациент. Тој го менува патерналистичкиот однос на лекарот кон пациентот во смисла на рамноправна комуникација, коодлучување и партнерство.

Тоа е резултат на процесот утврден во Лисабон, во 1981 и 1995 година, но и на низа други конференции. Светската здравствена организација во 1999 година ја носи Резолуцијата за вклучување медицинска етика и човекови права како наставен план и програ-



ма на медицинските факултети низ светот (Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World – Wide).

Декларацијата за унапредување на правата на пациентите во Европа послужи и како основа за изработка и донесување закон за правата на пациентите во многу европски и неевропски земји.

## II ДЕЛ – СОЦИЈАЛНИ АСПЕКТИ НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

### 1. ИНДИКАТОРИ НА ЗДРАВЈЕТО

Како човечки суштества, нашето здравје и здравјето на тие што ги сакаме е наша секојдневна грижа. Без разлика на возраста, полот, социо – економскиот статус или етничката припадност, најважно нешто што поседуваме е здравјето. Болеста, од друга страна, може да не спречи во извршувањето на секојдневните активности и учеството во активностите на општеството. Затоа, секој од нас е подготвен да направи многу отстапки кои би ни гарантирале, нам и на нашите семејства, подолг и поздрав живот. Кога зборуваме за благосостојба, најчесто мислиме на здравјето.

Како што е веќе наведено, здравјето на луѓето зависи од многу фактори, меѓу кои општествените, генетските, факторите на ризично однесување и факторите поврзани со здравствената грижа.

„За здравствената состојба на населението е важен општествениот контекст, односно вработувањето, социјалната сигурност, образованието на жената, рекреацијата, семејните приходи, трошоците на живот, домувањето или бездомништво“ (Тулчински: 2003, 73). Условите за живот најмногу влијаат врз здравјето на луѓето, па затоа многу често се дава предност на социо – економските индикатори при одредување на здрав-

ствената состојба на населението. Несаканите социо – економски услови влијаат и на другите индикатори како смртноста при раѓање, болестите, животниот век и секако го уназадуваат здравјето.

Индикаторите на здравјето можат да се групираат како:

- Демографски и социо – економски индикатори
- Индикатори базирани на смртносii
- Морбидитетii и лекување во болница
- Живоiiен сiiил
- Живоiiна средина
- Организација на здравствена зашtiiиia
- Искористеносii на капацитетiiиie
- Мајчинско и деiiско здравје

Индикаторите на здравје имаат значајна улога и при оценување на здравствената состојба на населението во една земја. Информациите за проценка на здравјето треба да произлегуваат од податоците за „социо – економските аспекти на заедницата, расположливите средства за здравствена заштита, нивната распределба и искористеност на услугите, како и податоците за морбидитетот (состојбата на лошо здравје), морталитетот (смртноста) и други мерки со кои може да се опише или споредува здравствената состојба“ (Тулчински: 2003,185, мои дополнувања).

Влијанието на индикаторите на здравје може да се измери. Досегашните мерења на индикаторите на здравје во земјите на Европската Унија покажуваат драстични разлики од земја до земја. Во земјите во развој кои се нови членки на Европската Унија оската на индикатори на здравјето покажува дека сиромаштијата ги погодува поосетливите групи (деца, жени и постари) кои се соочуваат со лошо здравје. Дури и во

развиените и индустријализирани земји постојат разлики во здравствената состојба на населените: „постои нееднаквост во распределбата на приходите, а со тоа и разлики во здравствената состојба и според многу индикатори, здравјето на повисоката класа е подобро одошто здравјето на неквалификувани работници и состојбата е уште полоша онаму каде што има поголем јаз меѓу богатите и сиромашни“ (Тулчински: 2003, 187). Всушност, севкупната здравствена состојба е полоша отколку во земјите со помали социјални разлики.

Сепак, сите земји – членки на Европската Унија споделуваат заедничка вредност за највисок можеен стандард на здравје како фундаментално човеково право. Во тој контекст, се преземаат акции со кои може да се влијае на индикаторите на здравјето и намалувањето на разликите врз основа со полот, возраста, етничката припадност и приходот.

### **1.1. Смртносii на новороденчиња (Infant Mortality Rate)**

Сите развиени европски земји имаат развиен здравствен систем. Еден од светски прифатените параметри кои укажуваат на економската моќ на една држава е смртноста на новороденчињата (Infant Mortality Rate).

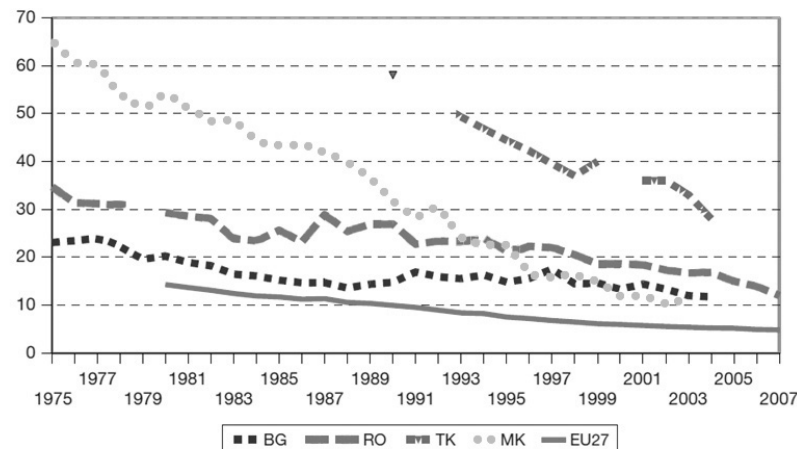
Така на пример, најразвиените земји од Западна Европа, како и САД и Јапонија, имаат смртност на новороденчињата од 5 промили т.е. 5 на 1000 новороденчиња. Официјалните податоци за Македонија се дека на секои 1000 новороденчиња умираат просечно по 11, додека во САД бројката изнесува 6,43; во Германија – 4,12, а во Јапонија – 3,24 (CIAWorldFactBook, 05.11.2006). Интересно е како пример да ја наведеме Словенија,

која како РМ беше дел од СФРЈ. Таму стапката е под 5 промили. Според сликата број 5, која ја прикажува стапката на смртност при раѓање и стапката на смртност во првите 28 дена од животот, стапката на смртност при раѓање во земјите на Европската Унија, како просек изнесува 4, 6 промили, додека неонаталната смртност – 3,2. Од тука, може да се види дека имаме двојно, па и тројно поголема смртност на новороденчињата во однос на развиените земји со одлично организирани здравствени системи.

Меѓутоа, интересен е податокот на Светската здравствена организација, според кој стапката на смртност до 1970 година во Република Македонија изнесувала 88 од 1000 новородени. Денес стапката од 11 промили е многу пониска од некои ново примени земји во Европската Унија, како Романија (17,3), Бугарија (12). Подолу прикажаната слика број 4 го претставува движењето на стапката на смртност во неколку европски земји за периодот од 1975 до 2007 година и забележително е опаѓање на смртноста во Република Македонија од 70, во 1975 година, на 11 во 2007 година. Во земјите на Европската Унија нема драстични разлики за овој период, стапката се движи од 12 до 4, со исклучок на новите членки како Романија (35 – 17,3) и Бугарија (23 – 12).

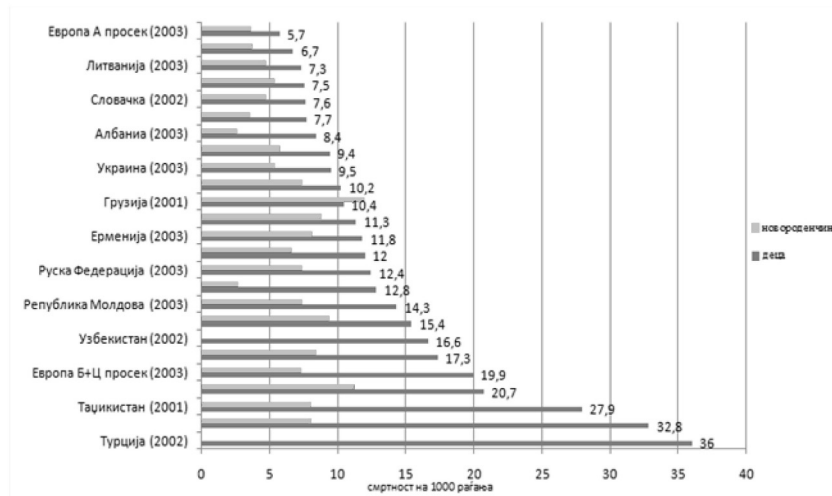
Исто така, Светскиот здравствен извештај за 2009 година, ја посочува Република Македонија како земја во која се раѓаат најголем процент деца со мала родилна тежина (под 2500 грама) од цела Европа.

Слика 4. Движење на смртноста на новороденчиња во Бугарија, Романија, Турција, Македонија и просекот на Европската Унија во периодот од 1975 година до 2007-ма година.



Извор: СЗО Регионална Канцеларија за Европа 2008

Слика 5. Стапка на смртност во земјите од Европскиот регион и просекот од Европската Унија.



Извор: World health report 2009.

## 1.2. Очекуван животиен век (Life Expectancy)

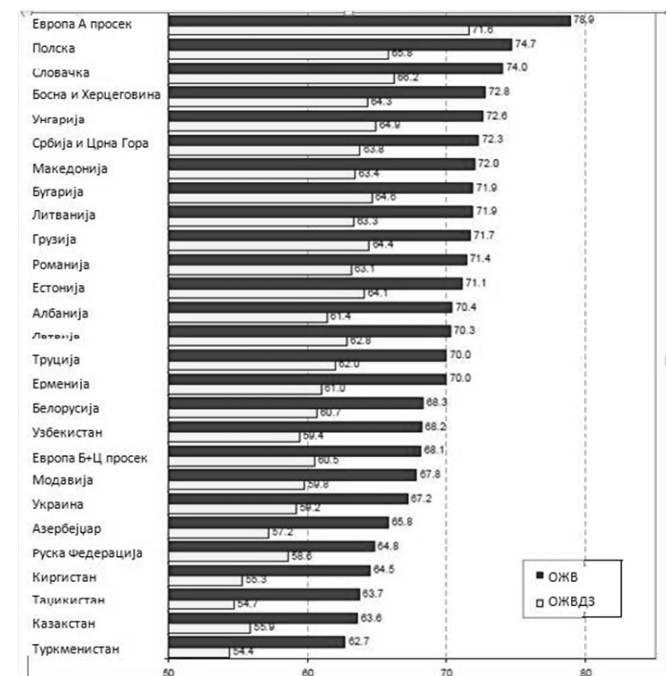
Животниот век е важен индикатор на здравствената состојба и претставува број на години што едно лице се очекува да живее, земајќи ја предвид актуелната стапка на смртност (морталитет). „Животниот век може да се мери на возраст од 0 години или која било друга возраст, презентирајќи го очекуваниот животен период, кога лицето ќе ја достигне таа одредена возраст, на пример 15, 60 или 75 години“ (Тулчински: 2003, 150). Друг параметар е очекуваниот животен век т.е. вкупен број години што едно лице може да очекува да ги живее во добро здравје – без болест или трајна онеспособеност. Според Светскиот здравствен извештај за 2003, слика број 6, очекуваното траење на здравиот живот во Македонија изнесува 63,4 години, а за споредба следуваат податоците за соседните земји: Грција (71,0), Бугарија (64,6), Србија и Црна Гора (63,8) и Албанија (61,4). Што се однесува до вкупниот број години што просечниот граѓанин може да очекува да ги доживее (просечно траење на живот) овој број е за пет години помал во Македонија отколку во 15-те земји членки на ЕУ (пред проширувањето – EU15) и изнесува 73,5 години во Македонија наспроти 79,1 години во EU15 (HFA-DB, податоци за 2003). Во прилог е сликата бр. 6, во која се прикажани земјите од европскиот регион и посебно се наведени годините, очекувани да поминат во добро здравје и годините на вкупен животен век.

За појаснување на податоците од табелата, да наведеме дека земјите обележани како EUR-A, се 25-те европски земји со многу мала детска смртност и многу мала смртност на возрасни: Андора, Австрија, Белгија, Хрватска, Кипар, Чешка, Данска, Финска, Франција, Германија, Грција, Италија, Исланд, Ирска, Луксембург, Малта, Монако, Холандија, Норвешка,

Португалија, Сан Марино, Словенија, Шпанија, Шведска, Швајцарија и Велика Британија.

Кратенката на Светската здравствена организација, EUR-B+C, означува 25-те земји од европскиот регион со ниска смртност на деца, а ниска или висока смртност на возрасни: Албанија, Ерменија, Азербејџан, Белорусија, Босна и Херцеговина, Бугарија, Естонија, Грузија, Унгарија, Казахстан, Летонија, Литванија, Полска, Република Македонија, Русија, Србија, Црна Гора, Словачка, Таџикистан, Туркменистан, Молдавија, Турција, Украина, Узбекистан.

Слика 6. Очекуван животен век (LE) и очекуван животен век во добро здравје (HALE).



Извор: Светска здравствена организација, 2009.

### 1.3. Заболувања

Заболувањата доведуваат до привремена или долготрајна онеспособеност за работа, исклученост од општествениот живот, осиромашување, инвалидитет и прерана смрт. Идеал на секоја заедница се граѓани во добра здравствена состојба. Кога се здрави луѓето, тие се креативни, продуктивни, способни да работат и придонесуваат. Заболувањата ги загрозуваат и граѓаните и целото општеството. Според Светската здравствена организација, 1,7 милиони смртни случаи годишно се предизвикани од фактори на животната средина и околината, а една третина од болести. Одамна е познато дека подобрувањето на животниот стандард придонесува за подобро општо здравје. Токму затоа, Европската Унија презема се што е можно за да ги подобри животните услови и со тоа да го намали бројот на заболувања и да го зголеми животниот век на граѓаните.

Во Република Македонија најмногу страдаат од кардиоваскуларни заболувања и невропсихијатриски болести. Во прилог е сликата број 7, каде, во табела, се прикажани десетте причини за смртност во нашата земја, за машката и женската популација.

Според, Светскиот здравствен извештај за 2003 година (слика број 7) болестите на циркулацискиот систем се водечка причина за смртност во Македонија, со удел од скоро 57% од вкупниот број на смртни случаи во 2004 година.

Стандардизираната стапка на смртност (ССС) од болестите на циркулацискиот систем на 100,000 жители се зголеми од 527 / 100,000 во 1991 на 599 / 100,000 во 2003 година. Тука посебно се издвојува мозочниот удар. Кардиоваскуларните болести претставуваат 23% од вкупната смртност во Република Македонија. На

второ место се невропсихијатриските состојби, како кај мажите (16,5 од вкупната смртност), така и кај жените (23,2% од вкупната смртност). Невропсихијатриските болести се честа причина за смртност во сите европски земји. Имено, 71, 6 милиони луѓе во Европа страдаат од невропсихијатриски болести (www.who.com). Трета причина за смрт кај мажите претставуваат намерните повреди предизвикани при обид за самоубиство (15,9), додека кај жените малигните неоплазми (12%), кои кај мажите се на четврто место. Вкупниот морталитет од малигни неоплазми, исто така, се зголеми во изминативе десет години, и тоа од ССС 140/100,000 во 1991 на 165/100,000 во 2003 година. Ненамерните повреди се петта причина за смртност кај мажите, а седма кај жените. Потоа, тука се дигестивните болести, дијабетесот, перинатални болести и респираторните болести како десетта причина за смртност кај мажите, а шеста кај жените, при што на бронхитисот, емфиземот и астмата отпаѓаат повеќе од 60% од овие смртни случаи.

Слика 7. Десетте најчести болести кои предизвикуваат смртност кај мажите и жените во Република Македонија.

Мажи		Жени	
Група на болести	дневно %	Група на болести	дневно %
1 Кардиоваскуларни болести	23,1	Кардиоваскуларни болести	27,0
2 Невропсихијатриски состојби	16,5	Невропсихијатриски состојби	23,2
3 Намерни повреди	15,9	Малигни неоплазми	12,0
4 Малигни неоплазми	11,6	Мускулоскелетни болести	6,4
5 Ненамерни повреди	8,3	Болести на сетилата	6,0
6 Болести на сетилата	3,9	Респираторни болести	3,0
7 Мускулоскелетни болести	3,5	Ненамерни повреди	3,0
8 Перинатални болести	3,3	Перинатални болести	3,0
9 Болести на дигестивен тракт	2,9	Болести на дигестивен тракт	2,5
10 Респираторни болести	2,8	Дијабетис мелитус	2,5

Извор: СЗО

Меѓу најчестите ризични фактори, како причинители на овие болести, спаѓаат: „Тутунот, крвниот притисок, дебелината, лошата исхрана, физичката неактивност, алкохолот и загадувањето од околината“ (СЗО, 2003). Во прилог е дадена сликата број 8, која ги прикажува, во табела, десетте најризични фактори на болестите кои предизвикуваат смртност кај женската и машката популација. Станува збор за цигарите како водечки ризик – фактор за мажите, а трет за жените; високиот крвен притисок; алкохолот; дебелината; високиот холестерол; слабото внесување на овошје и зеленчук; дрогата, загадувањето итн.

Слика 8. Десетте ризични фактори за смртоносни болести за жени и мажи

Мажи		Жени	
Фактори на ризик	дневно %	Фактори на ризик	дневно %
1 Тутун	15,8	Висок крвен притисок	11,7
2 Висок крвен притисок	10,1	Висок индекс на телесна тежина	9,5
3 Алкохол	8,4	Тутун	5,1
4 Висок индекс на телесна тежина	6,2	Висок холестерол	5,0
5 Висок холестерол	5,7	Физичка неактивност	2,9
6 Не внесување овошје и зеленчук	3,2	Не внесување овошје и зеленчук	2,6
7 Физичка неактивност	2,8	Небезбеден секс	2,5
8 Недозволена дрога	1,3	Алкохол	1,5
9 Олово	1,2	Сексуално злоставување во детството	1,0
10 Надворешно загадување на воздухот	0,8	Олово	1,0

Извор: СЗО

#### 1.4. Социо-економскиот статус (СЕС)

Низ историјата, социо – економскиот статус (СЕС) е поврзуван со здравјето. Социјалната нееднаквост во здравството е разгледувана и документирана во сите земји, со векови наназад. Истражувањата потврдуваат дека врската меѓу здравјето е анализирана

уште во „извештаите на Чадвик и Шатук, во периодот од 1840–1850 година, каде што се документирани врските меѓу сиромаштијата, лошите санитарни, станбени и работни услови и високиот морталитет“ (Тулчински: 2003,71). Се смета дека поединците од повисоката класа во општеството имаат подобро здравје од оние со понизок статус. На тоа укажуваат разликите во стапките на смртност и заболувања меѓу припадниците со различен социо – економски статус. (Антоновски: 1967, 23). И покрај ова, со декади, остануваат непознати причините за постоењето на оваа основна поврзаност. Како резултат на тоа, социо – економскиот статус е речиси потиснат и не се проучува систематски како важен етиолошки фактор сам по себе.

Според Тулчински, социо – економскиот статус е „составно мерило кое ги вклучува економскиот статус, измерен од приходот; социјалниот статус, измерен од образованието и работниот статус, измерен од занимањето“ (ibid.). Трите показатели се меѓусебно поврзани, но не се преклопуваат целосно. Истражувачите често користат еден од показателите како мерила на социо – економскиот статус.

Како клучни социо – економски индикатори кои влијаат на здравјето, Светската здравствена организација ги наведува: примањата, образованието и вработеноста.

Сиромаштијата е главен загрозувач на здравјето на луѓето. За жал, сè повеќе луѓе во светот се борат со овој социо – економски проблем. Луѓето се сметаат за сиромашни ако нивните примања не можат да им ги обезбедат основните трошоци за живот. Светската Банка за мерење на сиромаштијата користити линија на сиромаштија која во овој период изнесува 2.15 \$ по глава на жител дневно во земјите со ниски приходи и

4.30\$ во земји со средни приходи. Според Извештајот на Светската Банка за 2005 година 25.1% од населението во Република Македонија живее со 4.30 долари, па и помалку дневно, а речиси 30% живеат со 2.15 долари дневно.

Образованието како социо – економски фактор, исто така, влијае на здравјето. За да може поединецот да се вклучи во заштитата и унапредувањето на своето здравје бара подигање на неговата свест и стимулирање активности за избегнување на ризиците по здравјето, а тоа може единствено да се постигне преку здравствено образование. „Здравственото советување, здравственото образование и унапредувањето на здравјето се меѓу најисплатливите инвестиции за подобрување на здравјето на населението“ (Тулчински: 2003, 114). Факт е дека образованите луѓе имаат поголеми можности да најдат подобро платена работа, што позитивно влијае на здравјето и спротивно на тоа, необразованите имаат мали можности за добро вработување, имаат ниски приходи и како последица на тоа стрес и болести. „Веројатноста дека ќе умрат пред пензионирањето е двапати поголема кај неквалификуваните работници, отколку кај припадниците на повисоките класни професии“ (Giddens: 2005, 157).

Степенот на образование на родителите е важно за целото семејство, повторно од финансиска гледна точка, затоа што се претпоставува дека родителите со повисок степен на образование подобро заработуваат и му овозможуваат на семејството подобри услови за живот. Во Република Македонија, во 2000 година, се запишале во средно училиште околу 82% што споредено со европскиот просек од 88,5% е солидно. Се очекува овој процент да се приближува до европскиот

со оглед на фактот дека од 2009 година средното образование во Република Македонија е задолжително.

Од студиите кои ги испитуваат здравствениите ефекти на социо – економскиот статус, повеќето го споредуваат здравјето на поединците на најниско ниво во хиерархијата на СЕС, односно оние на најниско ниво на сиромаштија или со оние што се на врвот на хиерархијата. Ефектите на голема сиромаштија врз здравјето се толку очигледни, со оглед на слабата исхрана, пренатрупаноста, нехигиенските услови и несоодветната медицинска заштита.

Многу позната студија за поврзаноста на социо – економскиот статус и здравјето е Студијата за смртност (“Whitehall Study of Mortality“), која што опфатила 17 350 британски работници, во период од 10 години. Во истражувањето се вклучени вработените во британската државна администрација, поставени на различни позиции / степени, од највисоки, најплатени функции до најниски, најмалку платени работни места. После десетгодишно следење на нивната здравствена состојба и нејзино споредување со степенот на работна позиција, се дошло до заклучок дека ризикот од смртност значително се зголемувал како што се намалувал степенот на вработување (Marmot:1984).

Фактот дека дури и во општества со универзална достапност на здравствена заштита, категориите со полош економски статус имаат високи стапки на заболувања (морбидитет) и смртност (морталитет), што го потврдува и „Црниот извештај“ (Black Report) на Даглас Бек за Велика Британија, во 80-те години на XX век. Во Извештајот се наведува дека „кај населението во класа V (неквалификувани работници) се забележува двојно поголема вкупна и специфична смртност во однос на населението од класа I (профе-

сионалци и бизнисмени) за речиси сите категории болести, од смртност кај доенчиња до малигни заболувања“ (Тулчински: 2003,72). Извештајот бил многу шокантен, бидејќи сите Британци имале пристап до новиот здравствен систем од неговото воспоставување во 1948 година, со целосен спектар бесплатни услуги, добра комуникација со општи лекари и солидно специјализирано лекување (ibid).

Заклучокот од оваа и од други вакви студии е јасен. Индивидуите од пониските социјални групи имаат највисока стапка на заболувања, ментално нарушување и смртност меѓу поголемиот дел од населението.

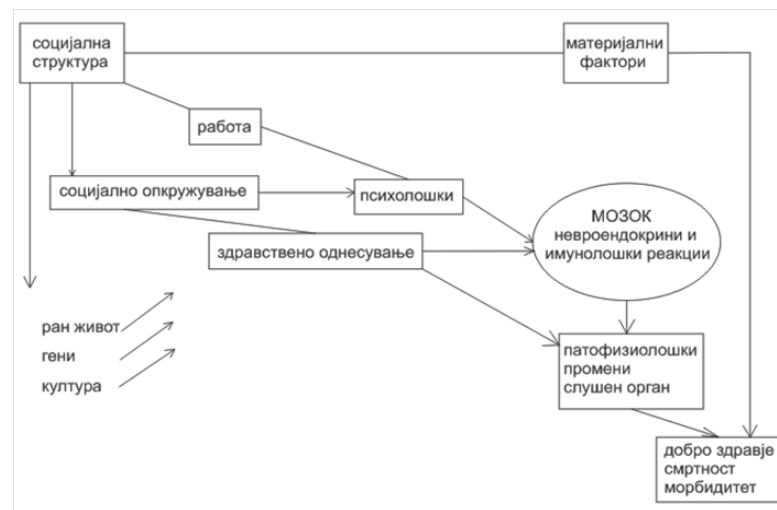
Врз основа на постоечките студии, може да се укаже на низа фактори, кои вклучуваат: здравствено поведење, психолошки фактори, согледување на општествено подредување. Не смеат да се запостават и факторите на физичка и социјална средина, како загадување, пристап до здравствена нега итн.

„Доколку индивидуите кои се наоѓаат на повисоко ниво на социо – економската скала би имале почести и позначајни можности да влијаат на некои од факторите за добро здравје, како на пример: образованието, занимањето, домаќинството, исхраната, здравјето, медицинската нега и други аспекти на социјалното доживување, тогаш можеби би се намалиле разликите во здравјето на населението“ (Smith: 1992, 1080). Нови концептуализации и мерки за контрола се потребни за освојување на ова вкрстено влијание на различни области, при што не смее да се заборава дека социјалната класа е еден од најверодостојните претскажувачи на болести.

Во прилог е сликата број 9, на која се прикажани социјалните одредници (детерминанти) на здравјето. Сликото е прикажана поврзаноста на социјална-

та структура и материјалните фактори врз здравјето, односно доброто здравје, лошото здравје и заболувањата (морбидитетот) и во крајна линија, смртноста.

Слика 9. Социјални одредници на здравјето (“Social Determinants of Health“).



Извор: Marmot & Wilkinson, 1999.



## 2. ДИСКРИМИНАЦИЈА ПРИ ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

Дискриминација значи секоја разлика, исклучување или ограничување по различна основа (пол, раса, социјална припадност итн.), што има за последица или цел да го загрози или оневозможи признавањето, остварувањето, или вршењето на човековите права и слободи, како што е заклучено во многу документи кои ги гарантираат човековите права и слободи. Тоа е поврзано со маргинализација на специфичните групи на население и општо земено, е во коренот на основната структурна нерамноправност во општеството. Тоа може да ги направи овие групи поранлививо однос на сиромаштијата и лошото здравје. Дискриминираните и маргинализираните групи често имаат непропорционален удел во решавањето на здравствените проблеми.

Сите документи за човекови права ги гарантираат правата на луѓето на сите подеднакво и забрануваат секаков вид на дискриминација. Уставот на Република Македонија, водејќи се од Универзалната декларација за човекови права и останатите документи за човекови права и Уставите на другите држави, потврдува дека „Граѓаните на Република Македонија се еднакви во слободите и правата независно од полот, расата, бојата на кожа, националното и социјално потекло, политичко и верското уверување, имотната и општествената положба. Граѓаните се еднакви пред Уставот и законите“ (точка А, член 9).

Сепак, и покрај гаранциите за почитување на човековите права на сите луѓе подеднакво, реалноста низ историјата, па и денес, покажува дека процесот на

остварување на човековите права се соочува со ограничувања предизвикани од дискриминација по различни основи.

Правото на здравје не е исклучок. Дискриминацијата врз основа на пол, образование, култура, примања, религија, влијае на процесот на реализација на правото на здравје. Светската здравствена организација е согласна со голем број студии, кои покажуваат дека во некои општества, етничките малцински групи и доселениците добиваат помалку здравствени услуги, помалку здравствени информации и се со помала веројатност да имаат соодветно домување и безбедна вода за пиење, а нивните деца имаат повисока стапка на смртност и повеќе страдаат од хронични болести за разлика од останатото население (WHO: 2002).

Страдањето на индивидуата се интензивира под влијание на дискриминацијата, а особено кога станува збор за двојна, тројна или повеќекратна дискриминација, врз основана полот и расата, национално потекло или возраста. На пример, во многу места, жените кои живеат во рурални средини добиваат помалку репродуктивни и здравствени услуги и информации и повеќе се подложни на физичко и сексуално насилство од останатото население, која живее во поголемите градови.

### *2.1. Полои, здравјето и човековите права*

Универзалната декларација за човекови права и главните меѓународни конвенции за човекови права, кои даваат правна важност на Универзалната декларација, строго забрануваат полова дискриминација при остварување на било кое човеково право.

Елиминацијата на половата дискриминација би го приближила статусот на жените поблиску до

оној на мажите и евентуално би помогнала да се воочи дека мажите уживаат поголема заштита и напредок на нивното здравје. Понатаму, дискриминацијата врз основа на пол не треба да се базира само на биолошките разлики помеѓу половите, туку и на социјалната структура на родовите разлики.

Ова поглавје посветува посебно внимание на тоа како родовата дискриминацијата во општеството го загрозува напредокот на жените сè до штетност на нивното здравје. Исто така, се нагласува како меѓународните закони за човекови права ги обврзуваат државите да ги ослободат жените од ова ограничување и да им овозможат да го остварува правото на здравје, подеднакво со мажите.

Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права јасно го набројува правото на највисоко досеглив здравствен статус и уживање на сите придобивки на научен напредок. Но, бидејќи решавачките фактори за здравјето имаат повеќе аспекти, вклучувајќи го и социо – економскиот статус и можноста да се разберат соодветните животни амбиции, „повеќето, ако не и сите, човекови права придонесуваат за разликата во степените за заштита и унапредување на здравјето“ (Cook:1994, 515).

Во 1966 година, Организацијата на обединетите нации ја прифати Меѓународната конвенција за елиминација на расната дискриминација, која како забранета основа за дискриминација го вклучува полот. Акцентот е ставен на дискриминацијата на жените, како последица на динамичните согледувања во доцните години од дваесеттиот век, кога е забележано зголемено препознавање на неправедно исклучување, обесправеност и потчинетост на жените од институциите, како на пример, владините институции, орга-

низираните религии, образованието, како и професиите во областа на медицината и правото.

Во 1979, Организацијата на обединетите нации ја усвои Конвенцијата за сите форми на дискриминација против жените (Конвенција на жените) и по ратификацијата, стапува на сила со необична брзина. Конвенцијата досега е ратификувана од најмалку 140 држави. Конвенцијата на жените ги зајакнува претходните општи и регионални конвенции за човековите права и обезбедува јазик на специфични и задолжителни овластувања за почитување на достоинството, кое ги вклучува и човековите права на жените.

Во својата Преамбула, Конвенцијата на жените ја запазува потребата за посебен правен инструмент за зајакнување на недискриминациските одредби од претходните меѓународни спогодби. Со Член 12 (1) од Конвенција на жените, државите членки се согласуваат дека тие „ќе ги преземат сите соодветни мерки за да се отстрани дискриминацијата против жените во областа на здравствената заштита, со цел да се обезбеди пристап, на основа на еднаквост помеѓу мажите и жените, до службите за здравствена заштита, вклучувајќи ги и оние поврзани за семејно планирање“.

Унапредувањето на здравјето кај жените зависи од взаемното дејство на скоро сите човекови права. Правата соодветни за здравјето ги вклучуваат и оние за заштита на вработеноста кај жените, образованието, пристапот до информации и политичкото учество, влијание и демократска моќ во рамките на законодавните тела итн.

Во Член 5 (1) од Конвенцијата за жените, државите членки се согласуваат да ја реконструираат родовата дискриминација со преземање соодветни мерки за менување на социјалните и културните навики на

однесување на мажите и на жените. Донесена е согласност за надминување на предрасудите и другите вообичаени негативни практики, засновани на подреденост и надмоќност, без разлика на полот или на стереотипните улоги на мажите и жените.

Лошото психофизичкото здравје на жената е негативен показател на степенот на остварување на нејзиното право на здравје во политичките и влијателни институции, дали политички, економски, религиозни, или здравствени. Логично е да се претпоставува дека доследната примена на човековите права би овозможил лек за подобрување на здравствениот статус кај жените. Додека имплементацијата на правните одредби се соочува со незгодни предизвици, тие предизвици сè повеќе се осврнуваат на развојот на правните доктрини (Mann: 1999).

Сè повеќе се препознатливи одредниците на социјалната нееднаквост и негативната стереотипизација на жените. Современата анализа покажува систематско прикривање на информации во врска со семејното насилство и силувањето на жените во нивните домови. Всушност, феминистичкиот дискурс повторно го дефинира силувањето, не како сексуален чин извршен на сила, туку како насилан чин извршен преку секс. Одредени држави, вклучувајќи ја и Канада, доделуваат азил на жените кои бегаат од нивните земји, поради стравот од обрежување. „Сексуалната злоупотреба во воени конфликти е определена како чин против жените и се смета за изживување. Дополнително, секогаш се истакнува како напад кон мажите, кои сметаат дека женската невиност и сексуалната расположливост се во нивна сопственост“ (Farnsworth:1994, 21).

Освен што образованието на жената влијае врз социјалната состојба на целото семејство, тоа има ва-

жна улога и во создавањето на семејната заедница, што ја имплицира недопустливоста на лошо формирано образование за жените. Пообразованите жени свесно го планираат семејството и го поставуваат високо на скалилото на животни цели. Истражувањата потврдуваат дека: „мајките со повисок степен на образование, мерено по број учебни години, полесно прифаќаат сознанија за самогрижа во бременоста и грижа за новороденчето во поглед на исхраната, имунизацијата и рутинската нега на бебето“ (Тулчински: 2003, 187).

Мајчинството за една жена може да биде голем восхит и да значи нејзина заштита, но и доминација над машкиот пол. Но, исто така, може да ја негира женската промисленост, како ништо повеќе од средство за човекова репродукција. Репродуктивната функција на жената се вклопува во социјалната рамка на родот којашто ги засегнува способностите и здравјето на жените. „Социолошката анализа не може да остане слепа пред биолошките разлики меѓу половите. Меѓутоа, во ниеден момент не треба да се запостави фактот дека единствената биолошка разлика меѓу мажот и жената е во начинот на кој тие учествуваат во биолошката репродукција“ (Ѓуровска: 2008, 13). Традиционалните култури воведуваат закони за да ги заштитат репродуктивните функции на жените. Овие закони ги ограничуваат жените до таа мера што им ги негираат речиси сите дополнителни можности да успеат како индивидуи и да постигнат целосно здравство во нивните заедници и пошироко.

Како што наведува Ѓуровска, во делото „Социологија на женскиот труд“, раѓањето не е само природен чин, туку има и социјално значење и заради таа општествена функција мора да биде помогнато од др-

жавите (ibid.). Од неодамна е препознатливо дека државите мора да се посветат на заштитата и напредокот на здравствените интереси на жените со нагласок на меѓународните обврски за човекови права.

Родовото планирање се однесува на двете – и соодветните и стратешките – потреби на жените во индустријализираните и земјите во развој. Нивните практични потреби се опфатени низ програмите како што е „Иницијативата за безбедно мајчинство“, спонзорирано од неколку служби на ОН и меѓународни невладини организации (Cook: 1994, 640–655). Оваа програма се фокусира на намалување на стапката на мајчинска смртност, несаканата бременост, сексуално преносливите болести, вклучувајќи и ХИВ инфекцијата.

Стратешките потреби на жените ги надминуваат соодветните потреби, затоа што тие се насочени кон вредноста на жените во општеството, вредност која ги надминува мајчинството и домашната работа. Фокусирањето на стратешките потреби ги унапредува улогите на жените во области како што се економски, политички, духовни, професионални и културни заедници. Најважно, дава можност на жените за постигнување на целосно здравје како што е дефинирано во Светската здравствена организација.

За жал, во многу земји жените се сè уште притиснати од стегите на родовата дискриминација. Државите не им веруваат на жените при нивните одлуки за сопствениот живот, туку ги притеснуваат жените да продолжат со репродукција и други интереси, со оптоварувања, условувања па дури и брутални казни.

Законите за човекови права очигледно се залудни во многу држави, кои ги казнуваат жените

кои употребуваат контрацепција или прават абортуси, како и оние кои им потпомагаат. Пристапот на жените во здравствените испитувања и службите, во тие држави, зависат од авторитетот на сопрузите и татковците. Борбата против ваквата дискриминација настојува да ги отстрани сите препреки пред женската потрага за остварување на здравствените интереси.

Сепак има и многу случаи на социјална реконструкција, која води до подобрување на правата на жените и нивното здравје. На пример, објаснувањето на колумбиското министерство за здравство за Конвенцијата за жените, водеше кон воведување на родовата перспектива во рамките на националните политики за здравство. Овие политики ја разгледуваат „социјалната дискриминација на жените како елемент кој придонесува за лошото здравје на жените“ (Plata:1994, 532). Една министерска резолуција наредува здравствените институции да ги почитуваат одлуките на жените во врска со сите прашања, кои ги засегаат „нивното здравје, живот и сексуалност и да ги почитуваат правата за достапност на информацијата и овозможување слободна, задоволувачка и свесна сексуалност, која што не може да поврзе со мајчинството“ (ibid.).

Човековите права во поглед на здравјето бараат од државите да обезбедат здравствена нега која што индивидуите не се способни самите да ја обезбедат. Ова вклучува клиници и болници, услуги кои зависат од стручно квалификувани професионалци за здравствена нега, хируршки интервенции и медицински технологии. Исто така, вклучува помалку софистицирани средства, дотур на антибиотици и контрацепции кои бараат нешто повеќе од обично советување, нега, или фармацевтски услуги. Тоа дава можност држави

вите да се повикуваат на сиромаштијата за да го оправдаат непочитувањето на обврските кон бранење на здравјето на жените.

Епидемиолошките податоци можат да се искористат како показател на релевантноста на човековите права за здравјето на жените. На пример, правото на живот како основно човеково право не се повикува во интерес на предвидените половина милион жени (според извештаите на СЗО), кои годишно умираат од проблеми при бременоста поради недостиг на соодветна нега. Снабдување со соодветна нега за жените би се карактеризирало како човеково право за кое државите мораат да назначат ресурси. Светската здравствена организација посочува на околу двесте илјади смртните случаи како последица на нелегален абортус, како резултат на родовата дискриминација. Здравствените објаснувања за абортусот вклучуваат прерана, предоцна, премногу честа и пребрзабременост. Ненавремениот пристап до квалификуван персонал во здравството е препознатлив како прекршување на правото на здравје.

Правните анализи од феминистички аспект ги разоткриваат областите на човекови права до кои треба да се придржуваат државите. Разликата најчесто е повлечена помеѓу јавното и приватното право. „Карактеристично, државата ја ангажира својата машинерија за интересите на јавното право како владината администрација и одржување на јавниот ред, но се исклучува себе од приватното право како семејните врски и функционирање. Феминистите, ги идентификуваат домашното насилство, дискриминацијата против девојчињата, исклучување на жените од фамилијарното наследство и авторитетот на мажите врз жените, како угнетување и подреденост. Тие твр-

дат дека овие нарушувања на здравјето на жените не се запазени и поддржани од државата.“ (Goonesekere: 1992, 25). Во многу земји, сè до неодамна, законите ги исклучуваат сопрузите од одговорност за силување на нивните жени. Такви закони се присутни во други држави. Феминистичките теории покажуваат како законите за машкото население се структурирани и засилени на сметка на здравјето на жените. Слично е и со законите кои им дозволуваат брак на младите девојки повеќе отколку на машките. Тие промовираат стереотип на жени во улога на одгледувачки на деца. Ги исклучуваат од образованието и обуките кои ги добиваат момчињата, заради целосно исполнување на нивната машка судбина како предводници во фамилијата општеството (ibid.).

Историски, медицината ја користи машката психологија како модел за лекарска нега, базирана на истражувањата кои вклучуваат исклучиво мажи. Според тоа, жените се земени предвид само во мера дека се различни од мажите, фокусирајќи го лекарското внимание на репродуктивните карактеристики (Mastroianni: 1994).

Понатаму, медицината напредува од уметност за човековата интеракција во наука доминирана од биолошки откритија остварени во лаборатории. Сè повеќе и повеќе, понесена е од институционалните побарувања на болниците, каде што можат да бидат применети лабораториските резултати и во поскоро време, медицинското инженерство и технологија. Со преместување на нивните функции од заедницата во лабораториите и болниците, докторите се изолираа од општествената реалност која што ги условува животите и здравствениот статус на нивните пациенти. Во многу региони во светот, здравствените служби

сè повеќе препознаваат како функциите изведени од членовите на заедницата можат да го заштитат и подобрат здравјето на луѓето и колку е важно повторно да се утврди како влијае вредноста на жената која ѝ ја доделува заедницата на индивидуалната женска самопочит и здравствен статус (Rios:1993, 3-17).

Самите стручњаци за здравство стануваат сè почувствителни за влијанието на општественото искуство врз здравјето на нивните пациенти. На пример, светскиот извештај за здравјето на жените од 1994 година, издаден од Меѓународната федерација за гинекологија и акушерство, заклучи дека „идните подобрувања во здравјето на жените бараат не само подобрена наука и здравствена нега, туку и општествена правда за жените и поместување на социјалните и културните бариери со можност за рамноправност, почитување и остварување на правото на здравје“ (Fathalla: 1994, 105).

### 3. КУЛТУРАТА, ЗДРАВЈЕТО И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

Културата е најстара човечка одлика, она што го одделува човекот од животните. Наједноставната определба на културата ја претставува како низа на вредности, норми и уверувања. Во социолошката литература, културата најчесто се дефинира како „свкупно човечко творештво, сето она што човекот го создава како своја творба, како материјална, така и духовна. Материјалните творби ја сочинуваат материјалната култура, а духовните, духовната. Духовната култура се совпаѓа со општествената свест, т.е. со вкупноста на облиците на општествената свест“ (Чокревски: 2001, 258).

Сепак, културата во себе вклучува повеќе елементи: традиција, навики, обичаи, вредносен систем, верувања, ставови, мерила и норми на однесување. Според овие елементи, едноставно е да се заклучи дека се разликуваат народите и општествата. Традиционалните норми, верувања, вредности и однесувања на човекот влијаат врз неговиот живот и воопшто врз целото општество. Културата е прилагодлив и променлив процес. Човекот може да влијае врз културните традиции и со својата интеракција да ги менува традиционалните елементи на културата. Збирот на традиционалните духовни и материјални вредности, кои се однесуваат на здравјето, а ја чинат културата, можат да се менуваат и развиваат, како што се менуваат и развиваат луѓето.

Неколку категории, кои се дел од културните вредности и влијаат врз однесувањето и комуника-

цијата меѓу припадниците на едно општество, можат да се менуваат со цел беспрекорно остварување на правото на здравје.

Тоа се:

- Општествените, културните вредности постојано се менуваат. Постојат два феномени кои ја објаснуваат трајноста и промената на вредностите. Во литературата се познати како животниот циклус, вредностите кои денес ги имаат младите и со текот на нивното стареење ќе станат слични на оние кои ги има постариот општествен сегмент. Вредностите на иднината ќе бидат слични на вредностите кои ги имаат денешните млади луѓе. Исто и феноменот на промена на генерации (ќе доведе до постепена промена на актуелните вредности со вредностите на младите луѓе). Се очекува современиот начин на живеење, законите по здравјето на луѓето, глобализацијата, достапноста на информациите да ги менуваат традиционалните сфаќања за здравјето и човековите права.
- Освен вредностите на животниот циклус, се менуваат и вредностите кои се насочени лично кон себе и вредностите насочени кон другите. Тие вредности го одразуваат ставот на општеството кон здравјето. На тие вредности може да се влијае преку разни акции и кампањи, кои поттикнуваат позитивен однос кон здравјето. На тој начин, преку менување на личните вредности може да се влијае и на унапредување на правото на здравје како фундаментален дел од човековите права.

- Влијанието на семејството врз односот кон здравјето е важно. Семејството како клучен медиум во генерацискиот пренос на темелните општествени вредности почнува да го губи своето традиционално значење. Родителите треба да се грижат за своето здравје и здравјето на своите деца, меѓутоа треба и да ги воспитуваат децата како да го унапредуваат здравјето, така што, ќе ја штитат околината во која што живеат, нема да го загадуваат воздухот, водата, земјата, ќе се хранат здрава итн. Ако секое семејство се погрижи да создаде ваква свест кон здравјето, тоа ќе обезбеди здравје за целата заедница.
- Не смее да се исклучи и влијанието на религијата врз културните вредности. Во последно време доаѓа до намалувањето на влијанието на верските институции и тоа доведува до измена на општествените вредности. Сепак, треба да се имаат предвид групите кои што не ги напуштаат вредностите на религијата. Затоа и овие институции треба да го промовираат здравјето како идеал и да ја јакнат свеста на своите верници за унапредување на своето, здравјето на семејството и околината. Правото на здравје не смее да биде дискриминирано врз верска основа.
- Образованието е важна компонента во создавањето систем на културни вредности. Децата уште од мали посетуваат образовни институции и таму ги стекнуваат навиките и знаењата кои потоа продолжуваат да ги надградуваат во повисоките форми на образование. Од образов-

ните институции треба да произлезат идеите за развој на култура на здравје, затоа што таму е иднината.

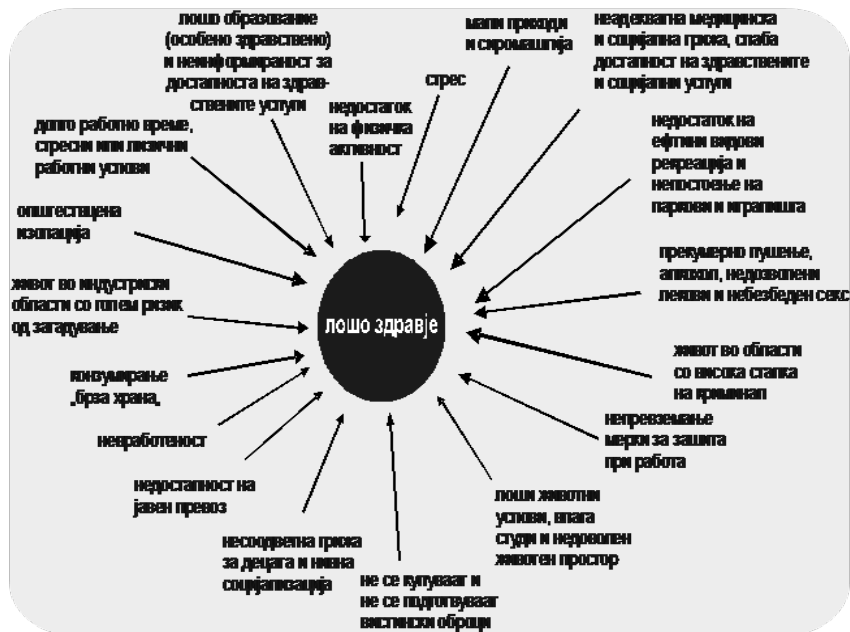
Културата е начинот на кој што живееме и влијае на секој аспект од нашите животи. Културата влијае на нашето здравје исто колку што влијаат и нашите гени. Начинот на кој се дефинира културата (според етничката припадност, верското уверување, политичката, сексуалната ориентација и слично), влијае на она што ќе го направат луѓето за нивното здравје. Поради мултикултурниот карактер на светот, не може да се зборува за здравје сфатено и прифатено во единствена смисла на зборот. Иако, здравјето е универзален идеал, тоа како концепција не е идентично сфатено во сите земји и кај сите култури. Историјата, културната традиција, националноста, економската состојба, образованието и здравството се фактори кои влијаат на сфаќањата за здравјето. „Етничките, културолошките, политичките и верските убедувања и навики имаат големо влијание врз здравјето, во однос на статусот на жената, душевното здравје, структурата на семејството, исхраната, користењето и злоупотреба на материји, како и контрацепцијата и абортусот“ (Тулчински: 2003, 187). И затоа, кога се анализира здравјето на одредена популација, тоа треба да се развива со разбирање на специфичностите на културата, бидејќи културата е единствена за секоја земја, а основата се човекот како творец и вредностите што ги создава.

Врската меѓу културата и здравјето се забележува преку разликите во однос на здравјето кај разни народи. Таа разлика се објаснува преку: „Религиозните и културните навики како што се навиките во поглед

на исхраната и подготвувањето храна, или пак крвното сродство (преку склопување бракови меѓу роднини од друго колено)“ (Giddins:2005, 165). Во прилог е сликата број 10, во која се прикажани културните и материјалните влијанија кои придонесуваат за лошо здравје. Прикажани се дваесетина фактори кои зависат од културните вредности и сфаќања, а можат да го загрозат здравјето на луѓето. Тоа се всушност испреплетени влијанија на социо – економскиот статус, животниот стил и сфаќањата за здравјето, животните услови и опкружувања кои се разликуваат од земја до земја. Како на пример: лошо здравствено образование и недоволна информираност за достапноста на здравствените услуги; недостаток на физичка активност; стрес; ниски примања и сиромаштија; несоодветна медицинска грижа и слаба достапност на здравствените услуги; недостаток на евтини видови рекреација (паркови, игралишта); живот во области со висока стапка на криминал, преземање мерки за заштита при работа; прекумерно пушење и алкохол, користење на недозволен лекови, небезбеден секс; лоши услови за живот (влага, студ, недоволен простор); неадекватна грижа за децата и нивна социјализација; лоша исхрана (брза храна), невработеност; лош транспорт; живот во индустриски области со висок ризик на загадување; општествена исклученост; долго работно време, стресни и ризични услови за работа.



Слика 10. Културни и материјални влијанија кои придонесуваат за лошо здравје



Извор: Brown. 1998. An introduction to Sociology. Polit

Ваквата поставеност на културните вредности го одразува и принципот на разбирањето на здравјето од секој човек и секое општество.

Поради мултикултурниот карактер на нашето општество, здравјето може да се анализира и од аспект на културните карактеристики на заедниците и културните обележја на мнозинскиот народ кој живее во Република Македонија.

Република Македонија е богата со контрасти – мала земја, богата со различни етнички групи.

Интеркултурниот дијалог претставува механизам за целосно воспоставување на толеранцијата, почитувањето, довербата, разбирањето и соработката како услов за создавање мултиетничко општество.

Дискриминацијата врз основа на културната припадност е едно од ограничувањата при остварување на правото на здравје како фундаментален дел од човековите права. Освен материјалните фактори кои директно му штетат на здравјето (лошите услови за живеење и недостаток на животен простор, висок степен на невработеност и вршење на опасни и лошо платени професии), здравјето може да биде загрозено и од културните влијанија. „Расизмот кој може да биде директен, преку насилство, закана или пак индиректен, преку институционална дискриминација, се додава во групата фактори штетни по здравјето“ (Giddens: 2005, 165). Имено, етничките групи имаат нееднаков или проблематичен пристап до здравствените услуги, а јазичните бариери претставуваат препреки во пристапот до медицински информации.

Исто така, културната традиција на самата индивидуа влијае врз нејзиното сфаќање за правото на здравје и човековите права. Вредностите што ги има создадено едно општество се длабоко вкоренети во психологијата на луѓето и нивните погледи на здравјето. Голем дел од здравствените службеници имаат лош и понижувачки однос кон пациенти што припаѓаат на „пониски култури“.

### 3.1. Култура на јавно здравје

Јавното здравје неопходно мора да влијае врз социјалните услови во кои луѓето можат да бидат здрави. Не е доволен само гарантиран пристап до ме-

дицинска грижа, туку обезбедување и социјални можности како образование, здрава средина, превенција од закани по менталната и социјалната добросостојба. Јавното здравје не се однесува на поединци, туку на целото општество. Јавното здравје се однесува на:

- популацијата и заедницата;
- има повеќе врска со околината, однесувањето на луѓето и нивниот стил на живеење, а не само со здравството (медицинската нега, здравствената заштита);
- води сметка за здравјето при работа; за здрави работни услови; за здрава животна средина, вода, воздух и здрава храна;
- акцентот го става на превенцијата, на унапредувањето на здравјето (Саркањац:2008, 27.)

Ако на јавното здравје не се гледа како на категорија поврзана со културата во едно општество, тогаш, јавното здравје не може да биде вклучено во активностите на нашето општество. „Денес кога се зборува за развивање на концепцијата за јавно здравје во одредена земја, се почесто се укажува на тоа дека таа концепција треба да се развива со разбирање на специфичностите, како што се културната традиција, историјата и политичката структура“ (ibid., 21). Ако не се земаат предвид влијанијата на културните фактори, не може да се развие соработка меѓу разни сектори, институции и организации. Во таква ситуација не би постоела концепцијата „јавно здравје“.

Јавното здравје во Република Македонија е концепт кој сè уште не е доволно развиен. Постоечката култура на јавно здравје трпи влијание од социјалистичката културна традиција и нема прецизни определби на новото културно опкружување кога станува збор за здравјето.

Многу објаснувања за културната традиција во Република Македонија се преземени како готови обрасци од поранешните југословенски држави или од државите од некогашниот источен блок. Затоа е погрешно развиван концептот јавно здравје, затоа што не е запазена специфичноста на културата на една земја. Според Бранислав Саркањац, постојат неколку културолошки и идеолошки превиди кои го отежнуваат развивањето на концепцијата за јавното здравје, како на пример:

- Пристапот кој не го зема в предвид специфичноста на една земја и објаснувањата за културната традиција во Македонија се преземани како готови обрасци и предизвикуваат нејаснотии.
- Преземањето на идеолошките матрици на западниот политички естаблишмент, кои не се својствени за разбирањето на концептот на јавно здравје во Република Македонија.
- Се осудува превидот да се објасни културното опкружување и неговото влијание врз јавното здравје во земјата пред започнувањето на процесот на воведување на реформите (Саркањац, Јавно здравје и здравствена реформа:2008).

Во транзицискиот период, во изминатите дваесетина години, Македонија прави напори за воведување реформи кои се однесуваат на јавното здравје, се ангажира за развивање на сеопфатно организирање на јавното здравје. Меѓутоа, „концепцијата на јавното здравје која на здравјето и болеста гледа како на социолошки, политички и културни феномени во Македонија не е заживеана“ (ibid.).

Важноста на влијанието на културните феномени, кои несомнено се рефлектираат врз концептот

здравје, мора да се земат предвид и да не се игнорираат. Само на тој начин ќе им се обезбеди на граѓаните полесен пристап до подобро здравје, полесно справување со болестите и со тоа, подобар квалитет на живот.

### **3.2. Културни права кои се однесуваат на здравјето**

Уште во 1966 година, со Меѓународен пакт се утврдени економските, социјалните и културните права, кои треба да бидат остварувани без каква и да е дискриминација заснована врз раса, боја, пол, јазик, вера, политичко или друг вид убедување, национално или социјално потекло, имот, раѓање или некоја друга состојба. Во овој пакт, во член 12 се утврдени неколку права кои го штитат здравјето на луѓето:

#### Член 12

(1) Договорните држави на овој Пакт на секое лице му го признаваат правото за најдобро физичко и ментално здравје што може да се постигне.

(2) Мерките што ќе ги преземаат договорните држави на овој Пакт, со цел обезбедување на целосно остварување на ова право, треба да ги опфатат мерките што треба да обезбедат:

- а) намалување на бројот на мртвородените деца и смртноста на децата, како и здрав развој на детето;
- б) подобрување на сите видови хигиена на средината и на хигиената на работното место;
- в) заштита, третман и спречување на епидемични, ендемични, професионални и други заболувања;
- г) создавање услови за обезбедување лекарски услуги и помош за сите во случај на болест.

Во членот 15, став 1, договорните држави на овој Пакт секому признаваат права кои се однесуваат на културата. Секој човек има право да:

- а) да учествува во културниот живот;
- б) да се користи со достигнувањата на науката и нивната примена;
- в) да ужива заштита на моралните и материјалните интереси што произлегуваат од секое научно, литературно или уметничко дело, чиј автор е тој.

(2) Мерките што ги преземаат договорните држави на овој Пакт, со цел за обезбедување на целосното користење на ова право, мора да ги опфаќаат мерките потребни за обезбедување на зачувувањето, развојот и ширењето на науката и културата.

(3) Договорните држави на овој Пакт се обврзуваат да ја почитуваат слободата неопходна за научно истражување и творечка дејност.

(4) Договорните држави на овој Пакт ги признаваат придобивките што треба да бидат резултат на јакнењето и развојот на меѓународната соработка и врските на полето на науката и културата.

Овие права се преплетуваат и креираат „културни права на здравје“, при што секој човек има право на здравје и добар живот, меѓутоа за таквите права да бидат остварени мора да се исполнат и правата кои што се однесуваат на културата, односно:

- Секој човек може да учествува во културниот живот, затоа што само на тој начин може да се информира за случувањата за новитетите во областа на здравјето, превенцијата од болести, појавата на нови болести, да научи како да се заштити од болестите, како да го унапреди своето здравје и да земе активно учество во соз-

давање и реализирање на програми и акции во областа на здравјето.

- Потоа, секоја држава мора да наоѓа механизми за поддршка, развој и ширење на научни и културни вредности, кои ќе го промовираат здравјето и добросостојбата на нејзините граѓани.
- Исто така, треба да се обезбеди меѓународна соработка во областа на здравјето. Треба да се поттикнува културна традиција за размена на искуства, решенија и пронајдоци со други земји, со единствена цел – подобро здравје и зголемување на животниот век.

Дискриминацијата врз основа на културната припадност е секако забранета со сите декларации, конвенции и закони за човековите права, како во Европската Унија, така и во Република Македонија.

Сепак, градењето на културната свест за постоење на културни права за здравје е една од најкомплексните и најсензибилните општествени прашања, заедно со борбата против дискриминација врз основа на припадност кон одредена култура, која, исто така, треба да претставува долгорочна визија и предизвик за Република Македонија.

### **3.3. Културни аспекти на лекувањето (однос лекар-пациент)**

Заштитата на здравјето за пациентот е право, а за лекарот обврска. Кога ќе настапи болеста секој човек се соочува со лекарот, во кој го гледа својот спас. Односот меѓу лекарот и пациентот е многу важен за оздравувањето и продолжување на нормалниот тек на

животот. Односот на лекарот кон пациентот се разликува во секоја земја и од многу зависи од социјалните и културните норми. „Пациентот е често пати дискриминиран од страна на лекарот, доколку припаѓаат на различни култури и тој однос постојано се менува“ (Giddins:2005). Пациентот се соочува со многу препреки при добивањето на здравствени услуги, вклучувајќи ги јазичните и културните бариери и совладувањето на срамот, кој е поврзан со неговата болест (особено ако станува збор за ментална болест, сексуално пренослива итн.). Многу пациенти кои доаѓаат од малцински заедници и припаѓаат на различни култури се измачуваат заради тоа што не знаат доволно за услугите кои им стојат на располагање. Исто така, се приморани да се соочат со недостаток од културно соодветни услуги и недостаток од преведени материјали на теми во врска со нивното здравје.

Обезбедување квалитетни здравствени услуги подразбира признавање и познавање на културата на пациентите, без разлика за колку култури и нивни варијации станува збор. Лекарите треба да се прилагодат на културата, вредностите и навиките на пациентите. Културното потекло не смее да влијае на начинот на кој се толкуваат болестите, меѓутоа, тоа секако влијае на начинот на кој пациентите реагираат и се соочуваат со неа. Културата може да влијае и на начинот на кој луѓето го обележуваат и искажуваат страдањето; како ги објаснуваат причините за здравствените проблеми; како ги прифаќаат службите за здравствена грижа и како го користат и реагираат на лекувањето на болестите (ibid.).

Односот лекар-пациент се заснова на медицинската етика. Хипократовата заклетва претставува основна и најстара рамка во која е дефиниран односот

лекар – пациент. Во 1948 година изработена е нова, поразвиена и посовремена заклетва приспособена на новото време која е наречена „Женевска формулација на Хипократовата заклетва“. Некаде во седумдесеттите години на XX век се нагласува значењето за прашањето лекар–пациент и почнува правно да се регулира.

Односот лекар – пациент, претставува комуникација меѓу лекарот и болниот, односно пациентот и е дел од животот на секој човек во одреден период, во случај на болест. Овој однос е специфичен и сложен и има важна социјална и општествена улога.

Односот лекар – пациент, има толку многу варијации, што се случува во една иста земја, каде што живеат различни култури, да се среќаваат неколку вида на односи меѓу лекар и пациент.

Науката има утврдено различни модели на односот пациент – лекар. Само во Европа има најмалку четири модели: патерналистички, информативен, интерпретативен и вклучувачки (делиберативен) модел. Секој од овие модели претставува различни обврски на лекарот кон пациентот. Во преден план е ставена културата на пациентот, од што зависи позицијата на лекарот да одлучува за степенот на информирање и изборот на најдобар третман во корист на пациентот, да ја нагласува улогата на пациентот како корисник на услуги, со што тој има право да биде точно и детално информиран и самостојно да одлучува за тоа што е во негов интерес, во информативниот модел итн.

Кај други култури пак, каде што пониските социјални групи се инфериорни во здравството, културата на односот лекар–пациент му дава на докторот голема предност во однос на пациентот. Таа предност произлегува од контролата што ја има докторот во интеракцијата со пациентот со цел да го излечи. Девизата е „Ако

сакаш да ме слушаш ќе оздравиш“ (Саркањац: 2008). Надредената позицијата на докторот ја обезбедуваат професионалниот авторитет и зависноста на пациентот во дадена ситуација. Овој модел се нарекува Парсонов.

Во западните современи земји, каде што културата на здравје е на повисоко ниво, луѓето како пациенти се информирани, запознаени со нивните права и покажуваат интерес за своето лекување. Во тие земји не се гледа со предрасуди на разните социјални групи и таму владее различна култура во односот лекар – пациент. Пациентот учествува во лекувањето и може да го одобри, отфрли или модифицира третманот што го добива и е целосно рамноправен со лекарот.

### *3.3.1. Културата на здравствените работници*

Кога зборуваме за безбедноста на пациентите се мисли на гаранција дека здравствената заштита и здравствените услуги ќе им бидат укажани на најдобар можен начин и со најдобар исход по нивното здравје. Пациентите, често пати, се жртви на несоодветна и ненавремена грижа од страна на медицинскиот персонал. Медиумите редовно не запознаваат со трагични приказни за смрт на пациенти, поради задоцнета интервенција, погрешна интервенција, неправилно употребен лек или како последица на несакано дејство на некој лек.

Според, Хелсиншкиот извештај за Македонија, во 2005 година е зголемен бројот на починати пациенти поради несоодветна нега, негрижа или употреба на несоодветни лекови. Од година во година, во зимските месеци се случуваат загадни умирања на штитеници и пациенти во заводи и болници, кои би требало да се грижат за одделни категории пациенти, на кои им е потребна посебна нега.

Општо е познато дека граѓаните не се задоволни од односот на здравствените работници. Има повеќе истражувања во кои граѓаните на Република Македонија го оценуваат односот на здравствените работници во јавните здравствени работници како „некултурен“. Пациентите се жалат на нерамноправен пристап, дискриминација по културен и етнички статус на пациентот, незаинтересираност за состојбата на пациентите, а во некои случаи, груб однос и нехуманост.

Состојбата е поинаква во приватните здравствени установи. Таму односот на здравствените работници е коректен, а културата е на многу високо ниво. Се поставува прашањето: Дали приватното здравство, односно финансиската стимулација ги менува културните вредности на здравствените работници?. Од тука произлегува ново прашање: Колку е големо влијанието на материјалното врз културните вредности во здравството?.

Дека културата на здравствените работници се одразува врз здравјето потврдува и ставот на Тулчински: „Знаењето, ставовите, верувањата и навиките на луѓето и здравствените работници и начинот на кој општеството се соочува со факторите на ризик, може исто така да бидат важни детерминанти на здравствената состојба“ (Тулчински:2003, 186).

### 3.3.2. *Културата на пациентите*

За поголема безбедност на пациентите големо влијание имаат и самите пациенти. Доколку тие повеќе се информираат за ситуацијата во здравството, нивните права и се вклучуваат во процесот на здравствено одлучување ќе можат да остварат и поголемо влијание во развојот на систем за гаранција на без-

бедноста на пациентите. Меѓутоа, улогата на граѓаните е незначителна, а ова се должи на недостигот на граѓанска култура. Граѓаните не ги познаваат своите права, не знаат каде да се обратат, да се изјаснат и да дејствуваат. На тој начин, не можат да учествуваат во креирањето на здравствените политики или обликувањето на здравствените услуги. Ваквиот став на индиферентност и пасивност на граѓаните делумно е последица на комунистичката културна традиција, кога не се интересирале за здравството, туку тоа било исклучиво оставено на државата.

Не смее да се заборави дека однесувањето на луѓето има голема врска со нивното здравје. Логично е граѓаните да очекуваат и да бараат државата и институциите да се грижат за здравството и здравјето на јавноста. Меѓутоа, за подобрување на безбедноста на пациентите треба да се подигне културата за здравјето и јавната свест за концептот на безбедност на пациентите. И обврските, а не само правата на пациентите и здравствената едукација на населението, со цел, поактивно вклучување во одржување, подобрување и унапредување на сопственото здравје.

Може да се заклучи дека постојат многу дефиниции на културата. Најчестата ја одредува како збир од верувања и вредности, споделени од две или повеќе лица, кои го обликуваат своето однесување. И да, секој од нив припаѓа на различни, а понекогаш дури и навидум спротивставени култури. Секој од тие културни идентитети ќе го обликува здравјето на поединецот преку неговите верувања, вредности и однесувања. „Културната компетенција“ е значајна во секој аспект на нашиот јавен живот, но има пресудно значење и во здравството. Таа треба да претставува клучна вештина за давателите на здравствените услуги,

кои секојдневно, во своите раце го имаат животот на различни луѓе. Културната компетентност во здравството не претставува само свест или чувствителност на различни култури, туку однос и третман кој ја почитува вредноста и достоинството на секој човек.

### III ДЕЛ – ЕВРОПСКАТА УНИЈА И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

(Човековите права и правото на здравје)

#### 1. ЕВРОПСКАТА УНИЈА И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

Европската унија во заштитата на човековите права и слободи се води од основните документи со кои институционално се гарантираат и штитат човековите права и слободи. Климовски смета дека „во поставеноста и третманот на човековите права во Европската Унија се разликуваат две етапи. Во првата етапа, што одговара на концепцијата за ЕУ како економска заедница, преовладува стојалиштето за почитувањето на универзалните човекови права, предвидени со Универзалната декларација од 1948. Втората етапа се совпаѓа со јакнењето на ЕУ како политичка заедница и се состои во интегрирање на основните човекови права и демократски начела во првиот столб – Економската заедница, како и во политиките на ЕУ во рамките на третиот столб – Правда и внатрешни работи“ (Климовски: 2006, 15).

Меѓутоа, од создавањето на Европската Унија до денес, односот кон човековите права е значително променет. Уште од создавањето на Европската заедница најголем акцент бил ставен на економскиот развој,

а човековите права не биле предмет на интерес. Тоа може да се забележи во основачките договори од педесеттите години (Договорот за создавање на Европската заедница за јаглен и челик од 1951, Римските договори за основање на Европската економска заедница и Европската атомска заедница од 1957 година), кои што не содржеле одредби за заштитата на човековите права и слободи. Подоцна, како резултат на институционалното спојување на овие заедници, во 1965 година, беше создадена Европската заедница. Низ историјата на ЕУ, човековите права и слободи се сметале за грижа на Советот на Европа и Европската конвенција за човекови права, од причина што сите земји – членки на Заедницата, биле и членки на Советот на Европа. „Во ЕЕЗ/ЕЗ, човековите права и слободи не беа сметани како интегрален дел на проектот за европска интеграција и се претпоставуваше дека се соодветно покриени од Советот на Европа и Европската конвенција за човекови права“ (Грир:2009, 48).

Понатамошниот развој на интеграцијата на европските земји во дванаесетчлената Европска Унија го носи со себе и развојот на човековите права и слободи. Имено, во Договорот за создавањето на Европската Унија, од Мастрихт, 1992 година, почитувањето на човековите права и слободи преставува еден од основните принципи на кој се темели Унијата (член 6). Предвиден е и механизам за санкционирање на земјите – членки кои што сериозно или континуирано ги кршат овие принципи, во членот седум од Договорот. Нататамошниот развој на човековите права и слободи во Европската Унија се карактеризира со двете регулативи на Европската комисија (Регулатива за развојна соработка и Регулатива за трети држави), од 1999 година, со кои е создадена правна основа за

Европската иницијатива за демократизација и човекови права.

Врвот на изразот на демократијата и почитувањето на човековите права и слободи претставува Повелбата за фундаментални права на Европската Унија, усвоена од Европскиот совет на самитот во Ница, во 2000 година. Повелбата претставува формална изјава на ЕУ за човековите права, и освен граѓанските и политички слободи и права, вклучува широк спектар на економски, социјални и културни права. Таа била замислена како дел од Уставот на Европската Унија, а после неговото неусвојување, се вметнува во Договорот од Лисабон.

Институциите на Европската Унија се повикуваат на одредбите од Повелбата, при остварувањето на човековите права и слободи. Оценка за спроведување на одредбите од Повелбата од страна на Европската Унија и земјите членки врши Мрежата од независни експерти за фундаменталните права на ЕУ, која е основана од Европската комисија, по барање на Европскиот парламент, во 2002 година. Потоа во 2004 година бил назначен претставник за човекови права по иницијатива на Европскиот совет, а во 2007-та година била формирана Агенцијата за фундаментални права на ЕУ. Иако Повелбата за фундаментални права на ЕУ е креација на самата Унија, односно Европскиот совет, таа не претставува нешто ново, туку ги сублимира човековите права и слободи онака како што се изнесени во одредбите на различни европски и меѓународни документи и национални уставни на земјите членки.

Може да се забележи дека институции кои играат улога во остварувањето на човековите права во Европската Унија се Европската комисија, Парла-



ментот, како и Европскиот совет, кои постојано развиваат нови инструменти на интегрирање и унапредување на човековите права и сите заедно ја прогласиле Повелбата за фундаментални права на ЕУ, на која и се повикуваат кога станува збор за човековите права.

Кога ќе дојде до прекршување на човековите права и слободи, главната улога ја земаат Европскиот суд на правда и Европскиот суд за човекови права. Европскиот суд за правда, заедно со Првостепениот суд го сочинуваат судскиот систем на Европската Унија. Судот на правдата се грижи за зачувување на правото при толкување и примената на Договорите на Заедницата, вклучувајќи ги и договорите што заедницата ги склучува. „Фундаменталните права формираат интегрален дел од општите принципи на правото, чие почитување го обезбедува Европскиот суд на правда, слично како и меѓународните договори за заштита на човековите права, со кои земјите – членки соработувале или ги потпишале“ (Крег и Бурка: 2010, 383). Инспирација за заштита на човековите слободи и права, Европскиот суд за правда, црпи од повеќе меѓународни документи, како на пример Европската конвенција за човекови права, на Советот на Европа, Европската Социјална повелба и Меѓународниот пакт за граѓански и политички права. По 2000 година, Судот на правда се повикува и на Повелбата за фундаменталните права на ЕУ.

Европскиот суд за човекови права е основан од Советот на Европа и негова основна цел е да ги штити човековите права, предвидени со Европската конвенција за човекови права. Судот е надлежен за земјите – членки на Советот на Европа и претставува правна потпора од последна инстанца за лицата кои сметаат дека нивните човекови права се прекршени

од договорна страна на Конвенцијата. Судот за правда на Европска унија не е поврзан со Европскиот суд за човекови права. Но, сите земји – членки на ЕУ се и земји – членки на Советот на Европа и потписнички на Европската конвенција за човекови права. Иако, ЕУ сè уште се нема приклучено на Конвенцијата, Европската конвенција за човекови права „се однесува како да е дел од правниот систем на ЕУ“ (ibid.). Како што е погоре споменато, институциите на ЕУ со членот 6 на Договорот од Ница се задолжени да ги почитуваат човековите права, како што наложува конвенцијата и таа е „највообичаениот извор на упатување за фундаменталните права на ЕУ. Првостепениот суд и Европскиот суд на правда редовно се повикуваат на нејзините одредби, а во последните години честопати упатувале на судската практика на Судот за човекови права“ (Крег и Бурка: 2010, 394).

Може да се заклучи дека политиката за заштита на човековите права на Европската Унија, во принцип се заснова на меѓународна правна основа, односно на Универзалната декларација за човекови права, Пактот за граѓански и политички права, Пактот за економски социјални и културни права и Европската конвенција за заштита на човековите права. Целите во рамките на оваа политика ја изразуваат демократијата, мирот и благосостојба како основа за почитувањето на човековите права и слободи. За остварувањето на овие цели, важна е соработката на Европската Унија меѓу нејзините институции, меѓутоа и со меѓународните организации, како што се Организацијата на обединетите нации и Советот на Европа.

Генералниот концепт на земјите – членки на Европската Унија за заштита на човековите права се заснова на демократскиот политички систем, кој обез-

бедува оптимален степен на почитување и заштита на човековите слободи и права, односно го гарантира остварувањето на граѓанските, политичките, економските, социјалните и културните права, подеднакво за сите луѓе, во согласност со Универзалната декларација за човекови права. Унапредувањето на човековите права и основни слободи се темел на сите закони и имаат круцијално значење за реализирање на целите на Унијата, вклучително и превенцијата од конфликти и јакнењето на демократскиот поредок.

Европската Унија ги промовира човековите права ширум светот како:

- Клучен дел од политичкиот дијалог;
- Дел од развојните програми за помош;
- Во рамките на соработката со Организацијата на обединетите нации, Советот на Европа и Организацијата за безбедност и соработка во Европа;
- Како дел од нејзините политики и
- Како есенцијален елемент во договорите со трети земји

([www.ec.europa.eu/world/com](http://www.ec.europa.eu/world/com)).

Европската Унија сè повеќе се вклучува во превенција и разрешување на конфликти. Во овој контекст, човековите права се дел од пристапот кон надворешната политика, која вклучува превенција од конфликти, справување со кризи, сè до обезбедување мир и повторно градење на мирот после разрешувањето на конфликтите. Преку Европскиот инструмент за демократија и човекови права (EIDHR), Европската Унија финансира многу проекти во насока на унапредување на човековите права и слободи. Во периодот

од 2007 до 2013 година, спроведени се и сèуште се спроведуваат преку 1500 проекти со буџет над 1 милијарда евра. Европскиот инструмент за демократија и човекови права (EIDHR) има цел да ги штити човековите права и да ја унапреди правдата, демократијата и владеењето на правото, како и заложби за еднаквост, мир и толеранција (ibid.).

### **1.1. Здравствена политика на Европската Унија**

Ако погледнеме историски, ќе видиме дека ЕУ делумно се залага за унапредување на здравјето од нејзиното основање. Договорот за Европската економска заедница, Договорите за Европската заедница за јаглен и челик и Европската атомска заедница не ја одредуваат здравствената политика на Заедницата во целост. Содржат само некои одредби, кои се однесуваат на заштита на здравјето на работно место. Општа здравствена регулатива за целата ЕУ е воспоставена со Договорот од Маастрихт, во 1993 година. „Со овој договор се предвидуваат одговорности и надлежности на земјите – членки кои взаемно треба да ги усогласуваат политиките во областа на здравството, а Парламентот да има влијание преку постапката на коодлучување“ (Договорот од Маастрихт, член 152) (Вајденфелд и Веселс:2004, 258).

Основната цел на Европската Унија во областа на здравството е да обезбеди високо ниво на здравство и на тој начин да го зголеми животниот век на нејзините граѓани. Иако, европските граѓани живеат многу подолго отколку порано, сепак тоа не е доволно, зошто според податоците на Европската унија, се-

кој петти граѓанин умира пред време од неизлечлива болест ([www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)).

Токму затоа, во изминативе триесетина години, Европската Унија вложува сè повеќе финансиски средства и време за унапредување на здравствената политика. Нејзината политика главно се состои од преземање акции за превенција на здравјето, помогнати од информативните кампањи, кои имаат цел да дејствуваат прекугранично и да допрат до граѓаните на сите земји – членки на ЕУ.

Политиката на Економската Заедница во областа на здравството е поврзана со еколошката политика и политиката за заштита на потрошувачите. Во рамките на Унијата, работи Здравствен комитет (The High Level Committee on Health), составен од членови на министерствата за здравство на земјите – членки и земјите – кандидати за ЕУ, кој претставува советодавно тело на Европската комисија. Комитетот има обврска да подготвува упатства за стратегијата на Комисијата и да претставува форум за размена на мислења во областа на здравствено згрижување.

Денес, Европската Унија прави напор здравствените политики, програми и практики да ги идентификуваат можните тешкотии во процесот на остварување на човековите права и самиот пристап на реализирање на здравствената политика да ги отстрани можните прекршувања на човековите права и правата поврзани со здравјето. Активностите на Европската Унија се стремат кон подобрување на јавното здравје, превенција на човечките болести и навремено откривање на изворите на опасност по човековото здравје.

Акциите, кои изминативе години ги преземаше Унијата, во рамките на здравствената политика,

се однесуваат на превенција на здравјето како на пример: „Европа против сидата“, „Европа против ракот“, „Европа против зависностите“. „Комисијата во 1995 година започнува со нејзиниот прв акционен план. Поединечните програми во иднина се спојуваат и прошируваат. Заедничката борба против заболувањата, истражувањата за причинителите и здравственото информирање стануваат сè позначајни“ (Вајденфелд и Веселс: 2002, 259). Европската комисија инсистира земјите кои имаат статус на кандидати да учествуваат во програмите кои се однесуваат на превенција и унапредување на здравјето. Од 1998 година и Европскиот парламент почнува поинтензивно да се вклучува во програмите за здравство и проширувањето.

Во процесот на остварување на политиката во областа на здравството е важна соработката на Европската Унија со Светската здравствена организација, поточно нејзината европска канцеларија. Зборовите со кои е основана Светската здравствена организација: „Уживањето на највисоките можни стандарди на здравство е едно од основните права на секое човечко суштество, без разлика на расата, религијата, политичката определеност, економските и социјалните услови“ и денес претставуваат главна девиза на ЕУ во остварувањето на здравствената политика и заштита на здравјето.

Соработката меѓу Светската здравствена организација, нејзиното регионално тело и Европската комисија е важна за здравјето на европските граѓани, овие институции се силни актери и заеднички можат глобално да дејствуваат за подобро и поефикасно обезбедување на здравјето. Од 2001 година е интензивирана оваа соработка и резултира со оперативни

договори и формални аранжмани. Постоечката соработка открива значителни и позитивни односи, кои резултираат со Европската стратегија за контрола над тутунот, Европската повелба за справување со дебелината, документи за животната средина и здравјето на луѓето, како и заеднички збирки на податоци за здравјето на луѓето.

Во 1985 година, Европската регионална канцеларија на Светската здравствена организација ги објави своите цели за заеднички здравствен систем, кои со консензус се усогласени во сите земји – членки на Европската Унија. 38-те цели треба да им служат на земјите – членки како показатели за нивните здравствени политики. Целите претпоставуваат дека предуслови за здравје се: „ослободеност од страв од војна, еднаква можност за сите, задоволеност на основните потреби кои подразбираат храна, образование, здрава вода за пиење, хигиена, пристојно домување, сигурна работа и корисна општествена улога, како и политичка волја и поддршка“ (Тулчински: 2003,110).

Европските здравствени цели влијаат на политиките на земјите – членки, кои во предефинирање на здравствените системи и политики, се водат токму од овие цели. „Неодамнешните извештаи на Европската канцеларија покажуваат сè поголема застапеност на овој концепт во многу земји при здравственото планирање и реален успех во постигнувањето на здравствените цели“ (www.who.dk).

Здравствените цели се прикажани во табелата на слика број 11.

Слика 11. Здравствени цели на европскиот регион на СЗО за 2000

Здравствена цел	Начин на делување	Специфично делување
Здравје за сите	Намалување на разликите во и меѓу државите	
Општо намалување на појавата на болестите	Елиминирање на одредени болести	Елиминирање на сипаници, рубеола, дифтерија, маларија и др.
Смртност на новороденчиња	Ниту една земја со над 40 на 1000 новородени	Намалување на <15 на 1000
Смртност на мајки	Ниту една земја со над 25 на 1000 новородени	<25 на 100.000 до <10 на 100.000
Морталитет од кардиоваскуларни и малигни заболувања	Намалување на морталитетот кај лица над 65 години	Намалување за 15%
Морталитет од сообраќајни незгоди и повреди на работно место	Намалување на сообраќајните, домашните и несреќите на работно место	Сообраќајни жртви <20 на 100 000; намалување на морталитет на работно место за 50%
Здрав начин на живот	Здрава животна средина, зајакнување на индивидуалниот капацитет, подобрена информираност, системи за поддршка, специфични фактори на ризик	Специфични национални и локални програми, унапредување на здравјето, подобрена исхрана, намалено пушење

Извор: СЗО регионална канцеларија на Европа, 1985.

Исто така, соработката на Европската комисија, регионалната канцеларија на Светската здравствена организација за Европа и Советот на Европа резултира со проектот за формирање мрежа на училишта (повеќе од 500 пилот – училишта во 40 земји) за унапредување на здравството, со цел да промовираат здрав животен стил и подобрување на здравјето (Совет на Европа:2006).

На 16.05.2002 година беше дефинирана здравствената стратегија на Европската Унија, базирана на три клучни принципи: „интеграција“, „поддржување“ и „концентрација“ на клучните аспекти. „Новата стратегија промовира заеднички пристап кон здравјето и колку е можно прави напори да спроведе заедничко здравствено осигурување“ (Лазаров, 2004:85). Ваквата стратегија се однесува на здравството во сите земји – членки и има за цел поголем квалитет на здравствените услуги. Преку оваа стратегија на Европската Унија се овозможува подобрување на јавното здравје во сите земји. Интегриран здравствен систем на ниво на ЕУ би го овозможил остварувањето на целите од Здравствената стратегија. Оттаму произлегуваат и одговорностите на земјите за усогласување на здравственото законодавството и политиките за подобрување на јавното здравје.

Унијата ги зема предвид сите можни фактори, концепти, последици и научени лекции за развој на понепристрасни, поефективни и поефикасни здравствени системи во Европа. Европската Унија настојува политиките и акциите кои ги предвидува да бидат прифатени во сите земји. Тоа понекогаш е тешко, поради различноста на здравствените системи на земјите – членки, што го отежнува спроведувањето на единствена политика. Заедницата располага со инструмен-

ти со кои може да влијае врз здравствената политика на земјите. „Пред земјите стои задача, тежиштата на прекуграничната здравствена политика да ги преточат во сигурност, делотворност и општа ефикасност на здравството“ (Вајденфелд и Веселс:2004, 259). Тоа се директиви кои земјите – членки треба да ги исполнуваат и да се придржуваат до нив. Земјите кои имаат статус на земји – кандидати или имаат стремежи за членство, треба да ги исполнат критериумите на Унијата и да обезбедат ефикасно здравство, кое на граѓаните ќе им гарантира сигурност и заштита. „За земјите – кандидати и нивните здравствени системи Европската Комисија врши специфични студии и истражувања во соработка со Светската здравствена организација кои ги сместува во т.н. извештаи ‘Нагласување на здравјето во земјите – кандидати’ (Highlights on Health in Candidate Countries)“ (European Commission, 2003).

Во рамките на здравствената политика на Европската Унија, со цел координација и соработка меѓу земјите, се развива сеопфатен здравствен информатички систем на ниво на цела ЕУ. Тој обезбедува широк пристап до веродостојни и најнови информации во врска со клучни теми, поврзани со здравјето. На тој начин Европската Унија сака да постигне подобрување на способноста за брзо реагирање на заканите по здравјето на луѓето, контрола на здравјето, преку заедничка анализа на факторите кои влијаат на здравјето на луѓето.

Здравството и заштитата на потрошувачите се дел од здравствената политика на Унијата. Тие се особено поврзани, затоа што безбедноста на производите и услугите е клучна за добро здравје. Постојат и други области на политиката од особена важност за да се обезбеди високо ниво на здравствена зашти-

та. Безбедноста и здравјето при работа има за цел да обезбеди заштита од ризици на работното место, работни несреќи и професионални заболувања.

И заштитата на животната средина е дел од здравствената политика на Унијата. Посебно внимание е насочено кон опасностите врз здравјето на луѓето предизвикани од загадувањето на воздухот и водата за пиење. Веќе не се гледа на нив како на одвоени политики туку како тандем за остварување на највисоко ниво на здравје.

Понатаму, здравствената политика ги следи и развојот на технологијата и информатичкото општество, кои вклучуваат програми релевантни за здравствените системи и јавното здравство. Исто така, ги поддржува регионалните инвестиции во здравството, кои треба да овозможат да се намали здравствената нееднаквост помеѓу и во рамките на земјите – членки.

Може да се заклучи дека здравствената политика на Европската Унија има за цел да обезбеди безбедност на пациентите во сите земји, подобрување на квалитетот на здравството во сите земји членки. Односно, универзален здравствен систем кој би значел мобилност на здравствените работници и пациенти, еднаквост на здравствените услуги преку унапредување на општествената и економската кохезија.

### ***1.2. Правото на здравје како дел од човековите права во Европската Унија***

Правото на здравје е гарантирано како човеково право во сите земји. Како дел од социјалните права, најчесто е определено како право на здравствена заштита и се однесува на еднаков пристап до здравството за сите кои живеат во земјата или друга геополитичка област и воспоставени се норми за отстранување на сите финансиски, географски, културни, социјални и физиолошки дискриминации за негово остварување. Иако Договорот од Мастрихт, во 1993, година воспоставува здравствената регулатива за сите земји, секоја од земјите има свои надлежности, овластувања и одговорности кои треба да ги усогласува со другите земји – членки. Исто така, здравствените системи на земјите се различни, па се отежнува идејата правото на здравје да се остварува универзално.

Во секој случај, акционите програми на Европската Комисија за заштита на здравјето се задолжителни и се настојува по пат на директиви да се влијае за нивна примена.

Најважно е дека правото на здравје во сите земји членки се унапредува преку заеднички перспективи, како што се заедничката борба против заболувањата, истражувањата за причинителите и здравственото информирање на населението.

Историски гледано, концептот за правото на здравје во ЕУ е резултат на повеќе меѓународни документи, меѓу кои, со суштинско значење се:

- Универзална декларација за човекови права (1948), (The Universal Declaration of Human Right), (1948);
- Меѓународниот пакт за граѓански и политички права (1966), (The International Covenant on civil and political rights), (1966);
- Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права (1966), (The international Covenant on Economic, Social and Cultural rights), (1966);
- Европска Конвенција за заштита на човековите права и слободи (1950), (The European

Convention on Human rights and Fundamental Freedoms), (1950);

- Европска социјална повелба (1961), (The European Social Charter), (1961);
- Декларацијата од Алма – Ата за промоција на примарната здравствена грижа (1978), (Declaration of Alma-Ata). (1978);
- Повелбата од Отава за Унапредување на здравјето (1986), (Ottawa Charter for Health Promotion), (1986);
- Амстердамска Декларација (1994), (European consultation on the rights of patients, Amsterdam), (1994);
- Конференција на Министри за Здравство од Советот на Европа (1996), (56th Conference in Warsaw), (1996);
- Декларацијата од Џакарта (1997), (Jakarta Declaration), (1997);
- Европско партнерство за права на пациентите и граѓаните (1999), (EPPRCE), (1999);
- Наша поздрава нација – Велика Британија (1999), (Our Healthier Nation), (1999).

Се смета дека овие меѓународни документи, со кои се гарантираат човековите права и слободи, се доволна гаранција за ефикасна заштита на правото на здравје. Сепак, некои автори сметаат дека институциите на Европската Унија, денес, немаат на располагање ефикасни инструменти за заштита на човековите права и дека таа состојба би се надминала со конституционализацијата на правото на здравје како дел од човековите права во Европскиот Устав.

Политиките на ЕУ за континуирано остварување на правото на здравје продолжуваат во насока

на остварување на целите од Агендата на Светската здравствена организација за периодот од 2006–2015 година. Тоа се:

- Инвестирање во здравството и напуштање на сиромаштијата,
- Промоција на универзална рамка за поголема еднаквост и остварување на човековите права,
- Јакнење на здравствените системи на земјите и нивна хармонизација.

Стандардите и правилата на Европската Унија за остварување на правото на здравје се релативно широко дефинирани, но сепак се доволно јасни. Тие можат да се сведат на следниве:

- Универзален пристап до здравствена заштита на сите граѓани на земјите во Унијата;
- Ефективна грижа за остварување на подобри резултати во здравјето на населението;
- Ефикасна употреба на ресурсите во здравството; и
- Утврдување на високи стандарди и испорака на квалитетни услуги кои ќе одговорат на високите барања на пациентите во Европската Унија (Saltman:2004).

Иако, внатрешниот пазар на Европската Унија има остварено големо влијание на регулативата на националните здравствени системи и услугите на здравствено осигурување, сепак, ЕУ континуирано го унапредува законодавството кое го штити здравјето на луѓето. Имено, во декември, 2009–та година се одржа Меѓународната конференција за здравствената заштита и трговија (International Conference on Healthcare and Trade 10–11, Decembre, 2009), која се насочува на

влијанието на законодавството на Европската Унија и Светската трговска организација, на трговијата во здравствените сервиси, услугите на здравственото осигурување и здравствените добра (лекови).

Европската Унија е свесна дека забрзаниот развој на биологијата и медицината може да доведе до загрозување на човековото достоинство и правото на здравје. Затоа, ја нагласува потребата од меѓународна соработка во корист на целото човештво. Во согласност со тоа, ЕУ ги потсетува земјите на нивните права и обврски и презема мерки за почитување на човековото достоинство и човековите права и слободи.

Најголемиот проблем во заштитата на човековите права, Европската Унија го има со процесот на сè поголемо проширување. Имено, се случува, стандардите што ги прифатила земјата-членка со потпишувањето на меѓународен договор да се пониски/повисоки од националните или да се разликуваат. Ваквиот проблем е уште поизразен кај економските и социјалните права, во рамките на кои спаѓа и правото на здравје.

При остварувањето на правото на здравје, голема улога игра постоењето на јавното здравство и неговите механизми за финансирање и развој, кои се сметаат за еден од највисоките здравствени приоритети на ЕУ. Во формално – правна смисла, стандардите за јавно здравство на Европската Унија се поставени во 13 – то поглавје (здравство) на Договорот од Мастрихт (1993 година). Но, овој консензуален документ најмногу е присутен на апстрактно ниво на политиката на ЕУ и „европскиот“ здравствен систем. Кога ова треба да се спроведе на национално ниво во здравствените системи на земјите, заедничките начела се претвораат во дивергентни, дури и контрадикторни пристапи.

Овој феномен не е нов и се должи на фактот дека европските држави, поради своите различни искуства, одамна создале и своја различна пракса кон остварувањето на правото на здравје.

### **1.3. Здравјето на граѓаниите во Европската Унија**

Здравјето е највисок идеал на граѓаните кои живеат во земјите-членки на Европската Унија. Четири петтини од анкетираниите (81% – податок од Еврофонд) во цела Европска Унија велат дека здравјето е многу важно при одредувањето на квалитетот на животот.

Иако, здравјето во Европскиот регион е подобро во последниве две декади, агендата против заканата од болести сè уште не е довршена. Податоците од истражувањата покажуваат конзистентни нееднаквости во Европа, во однос на здравјето на луѓето поврзани со полот, социо-економските фактори, животниот стил и пристапот до здравствена грижа. Во земјите од Европската Унија со ниски или средни примања, 65% од граѓаните страдаат од болести, додека, 40% од болестите се поврзани со трите најризични фактори: пушење, алкохол, транспорт. Програмите на ЕУ се насочени кон овие три фактори, нивното ограничување, намалување, искоренување, вклучително и многу програми и проекти во врска со правилната исхрана и факторите на животната средина.

Податоците на Европската опсерваторија покажуваат дека 18% од смртните случаи во Европската Унија се предизвикани од фактори од животната средина и 1/3 од болести. Сè повеќе се посветува внимание на исхраната како фактор на здравјето на европските граѓани. Подеднакво се лоши податоците



и за сиромашните и за богатите региони во Унијата. Сиромашната исхрана, карактеристична за сиромашната и ранлива популација е причина за 5% од вкупниот број болести во европскиот регион. Од друга страна е присутен ризик – факторот, преголемо внесување храна. Внесувањето масти во исхраната на возрасните во европскиот регион е 30 – 40%, наспроти препорачаните 15 – 30%. Исто така, внесот на шеќер е многу поголем од препорачаните 10%. Бројките се подеднакво лоши како за возрасните, така и за децата (European Observatory on Health Systems and Policies: 2008).

Според последното истражувањето на Еврофонд за 2009 година, објавено во македонските медиуми, Европејците, општо земено, се задоволни со квалитетот на живот, наспроти големите варијации меѓу изразеното задоволството од животот и среќата, особено кај 12-те нови земји членки на ЕУ.

За состојбата на нивното здравје, повеќе од две третини анкетирани (67%) го оценуваат своето здравје како многу добро или добро, една четвртина (24%) како просечно, а една десетина (9%) како лошо или многу лошо. Повеќе луѓе во 12-те нови земји членки на ЕУ и во трите земји кандидати го оценуваат своето здравје како „лошо или многу лошо“, особено жените во овие земји. Слабото здравје не изненадува и е поврзано со возраста: во 27-те земји на ЕУ, помалку од 2% од луѓето на возраст од 18 до 34 години го оценуваат своето здравје како слабо, наспроти 18% од оние на 65 и повеќе години. Испитувањето открива и дека на значителен број Европејци им е тешко да ги проценат здравствените услуги. Една четвртина (25%) имаат проблеми бидејќи се премногу далеку од својот лекар или болница, додека повеќе од две петтини (38%) чекаат подолго за закажување преглед, а повеќе од една

четвртина (27%) имаат проблеми да ги подмират трошоците за лекарски прегледи.

#### **1.4. Проблеми со кои се соочува Европската Унија при осигурувањето на правото на здравје**

Ширум земјите на Европската Унија, здравствената заштита е обезбедена преку различни јавни и приватни механизми. Сепак, системите на социјална здравствена заштита, денес, се основа на која се темели здравствената заштита на голем дел од населението во ЕУ. Сепак, одговорностите за заштита на здравјето се извршени со многу мерки преку политики и програми, воведени и спроведени или поддржани од државата. Политиките и програмите за здравство влијаат на програмите и примената на човековите права.

Трите важни функции на здравството се: утврдување на здравствените потреби и проблеми; развивање на политики чии приоритети се здравствените проблеми и обезбедување програми за воведување стратешки здравствени цели. Потенцијалните придобивки и тешкотии при остварувањето на човековите права можат да се појават во потрагата по секоја од овие големи области, одговорни за здравството (Rodriguez:2004, 224).

На пример, проценувањето вклучува збир на податоци за важни здравствени проблеми кај населението. Како и да е, податоци не се собрани за сите можни здравствени проблеми, ниту пак изборот на истите се јавува во општествениот вакуум. Така, државниот неуспех да се препознаат или воочат здравствените проблеми, најчесто ги засегнуваат маргинализираните или жигосани група, може да го наруши правото за недискриминација со запоставувањето од страна на

потребните служби и со тоа може да делува сопернички со реализацијата на другите права, вклучувајќи го и правото „безбедност при...болест (или) онеспособеност“ или „специјална заштита и помош“ во која се повикани мајките и децата (УДЧП, член 25).

Искуствата на земјите од Европската Унија покажуваат дека со одлучувањето кои проблеми се доминантни, методологијата на собирање податоци може да создаде дополнителни оптоварувања на човековите права. Собирањето информации од поединци, било тие да се инфицирани со ХИВ, имаат рак на дојка, или се генетски склони на срцев удар може јасно да ги оптоварува правата за безбедност на човекот и произволно плеткање во приватноста (ibid., 22). При тоа, правото за недискриминација очигледно може да биде загрошено и од едноставни вежби за собирање информации. Така на пример, истражување за здравјето спроведено преку телефон (кое воедно е спроведено и за потребите на овој труд), со исклучок на домаќинствата без телефони (обично со понизок социо – економски статус), може да резултира со предрасудни проценувања. Тие водат кон политики или програми кои не успеваат да ги препознаат и да одговорат на потребите на целото население. Исто така, личното здравје или информација за здравствената состојба (за сексуалната ориентација или користење на лекови во минатото) може да биде злоупотребено, без разлика дали директно или со достапност за сите, доведувајќи до оштета на поединците или прекршување на правата. Така, погрешната употреба на информациите за ХИВ инфицираните доведува до: ограничување на правото за работа и едукација, злоупотреба на правото за венчавање и формирање фамилија, личен напад на честа и репутацијата, ограничување на слободата

за движење, притвор или прогонување и дури и сурово, нечовечно или понижувачко однесување.

Втората голема задача за здравството е да се развијат политики за да се заштитат и контролираат здравствените проблеми. Важни тешкотии за човековите права може да пораснат во процесот на развивање на политиките. На пример, ако владата одбива да ја открие научната основа на политиката за здравство или дозволи дебата за заслугите на истата. Или пак, одбива да ја информира и вклучи јавноста во развивањето на политиките. Правата „да се бараат, примаат и споделуваат информации и идеи... без разлика на границите“ (УДЧП, Член 19) и „да се учествува во управувањето... непосредно или преку слободно избрани претставници“ (УДЧП, Член 21), можат да бидат прекршени. Така, давање предност на здравствените теми може да доведува до дискриминација против поединците, исто како кога големите здравствени проблеми на населението, дефинирани на основа на пол, раса, религија или јазик, систематски им се дава понизок приоритет.

Третата важна функција на здравството, да се обезбедат служби способни за реализирање на целите на политиките, е исто тесно поврзана со правото за недискриминација. Кога здравствените и општествените служби поставуваат логистички, финансиски и социо – културни бариери во нивниот пристап и уживање на важноста, може да се појави намерна или ненамерна дискриминација. На пример, во клиниките за здравјето на мајките и децата, деталите како часови за служба, пристап преку јавен транспорт и расположливост на дневната нега можат силно и негативно да влијаат при користење на службите.

Европскиот совет потврдува дека преку барањето да се исполнат основните функции и одговорности,

здравството би можело да им наштети на човековите права. Во минатото, кога беа распознаени ограничувањата за човековите права, тие едноставно беа оправдувани како потреба да се заштити здравството.

Јасно е препознатливо начелото дека одредени права треба да бидат ограничени со цел да ја заштитат заедницата. Ограничувањата се дозволени за „обезбедување на распознавање и почит на правата и слободите на другите и социјална помош во демократско општество“ (УДЧП, Член 29). Најпрво, одредени права (на пример: правото на живот, право на слобода без измачување) се сметаат за неповредливи без разлика на околностите. Ограничувањата на другите права мора да бидат легитимни, определени со закон, спроведени на најненаметлив можен начин и неопходни во демократско општество за да се постигнат нивните цели.

За жал, здравствените одлуки да се ограничат човековите права постојано се создаваат на некритички, несистематски и ненаучен начин. Во земјите на Европската Унија преовладува претпоставката дека здравството, изразено преку конкретни политики и програми, е потполно општо добро, кое не бара размислување за нормите на човековите права. Во денешно време, би било корисно да се истакне максимата дека здравствените политики и програми треба да се сфатат како дискриминаторски во однос на човековите права сè додека не се докаже спротивното.

Главните проблеми со кои се соочува Европската Унија при имплементирање на политиките за заштита на здравјето како човеково право се поврзани со три важни прашања. Прво, зошто здравствените службеници треба да бидат засегнати околу остварувањето на човековите права? Второ, до кој степен се

почитуваат човековите права и достоинството, кое е компатибилно со или комплементарно на целите на здравствената заштита? Последно, како е можно да се преговара за оптималната рамнотежа помеѓу целите на здравствената заштита и нормите за човекови права?

Оправдување на грижата за здравствена заштита за нормите на човековите права би се засновала на унапредувањето на општествената почит за човековите права, како и на аргументите за ефективност на здравствената заштита. До степен во која не се загрозувани целите на здравствената заштита, со почитта на човековите права, политиките за здравствената заштита на земјите – членки се обврзани да ги почитуваат човековите права и достоинство.

### ***1.5. Присвојувањето на Европската Унија***

Пристапувањето кон Европската Унија претставува комплексен процес кој опфаќа различни фази на прилагодување, приспособување и усогласување на целиот општествен систем на заинтересираната земја со барањата на Унијата. Со сè поголемото проширување на европското семејство, се зајакнуваат и механизмите кои ќе ги натераат земјите да се приближат што е можно повеќе до стандардите на земјите кои веќе станале членки.

Пристапната политика влијае на човековите права и слободи, како и правата поврзани со здравјето да се издигнат на повисоко ниво, преку барањата за воведување реформи, но и севкупни трансформации на правниот и здравствениот систем со цел да функционираат на најсовремено и најдемократско ниво. Усогласувањето на правниот систем е примарна цел

на Европската Унија. Проширувањето го отежнува тој процес, заради единственоста на секоја земја, меѓутоа Унијата располага со инструменти со кои влијае врз земјите, земјите и сите заинтересирани земји за членство, постепено да се прилагодуваат на барањата и критериумите. Такви инструменти се: директивите, регулативите, одлуките, препораките и мислењата.

Иако, Директивите немаат за цел да ги изедначат законите на државите – членки, туку да ги хармонизираат и се обврзувачки во поглед на резултатот кој треба да се постигне. Така што, тие им оставаат на националните власти институции сами да изберат преку која форма и метода ќе дојдат до бараниот резултат, со што се зачувува разноликоста во правно – политичката култура.

Кај Регулативите, нема потреба од национално влијание и дејствување. Тие се обврзувачки за сите правни лица и ентитети и земјите мора целосно да ги применуваат.

Одлуките имаат уште поголема правна сила. Тие се целосно обврзувачки за земјата на која се однесуваат. Со нив, Европската Унија доделува права, наметнува обврски и може да побара воздржување од одредени активности.

Препораките и мислењата се необврзувачки правни акти, преку кои институциите на Унијата изразуваат некаков став, не наметнуваат никаква обврска и најчесто се однесуваат на земјите – кандидати, земји заинтересирани за членство.

Пристапниот процес започнува со поднесување барање за членство до Советот на Европската Унија. Понатаму Европската комисија, по налог на Советот, проценува колку земјата е способна да ги исполни критериумите и условите за пристапување кон ЕУ. Ако

мислењето на Комисијата е позитивно, а Советот едногласно го поддржи, официјално започнуваат преговорите за пристапување на новата земја – членка.

Заинтересираната земја мора да исполни низа политички, економски и административни критериуми, т.н. Копенхашки критериуми. Политичките критериуми се однесуваат токму на човековите права, односно, стабилноста на институциите, кои ќе гарантираат демократија, владеење на правото и заштита и почитување на човековите права.

Нужен предуслов во процесот на пристапување е донесувањето на претпристапна стратегија, чија цел е да ја подготви земјата за идното членство. Стратегијата вклучува многубројни документи и механизми, како што се договори за здружување, договори за стабилизација и пристапување, економски договори и конвенции, европски партнерства, пристапна помош, донесување на национална програма за усвојување на европското законодавство итн.

Исто така, секоја земја – кандидат мора да биде подготвена да ги преземе сите обврски и одговорности во насока на прифаќање и исполнување на целите на политичката, економската и монетарната унија (критериум на вградување на *Acquis Communautaire*).

*Acquis Communautaire* ја подразбира целината на правата и обврските кои произлегуваат од членството во Унијата. Ги опфаќа:

- содржината, принципите и политичките цели на договорите,
- законодавството кое е усвоено врз основа на договорите и преку судската практика на Европскиот суд на правдата,
- декларациите и резолуциите кои се усвојуваат во рамките на ЕУ,

- акти кои се однесуваат на заедничката надворешна и безбедносна политика,
- акти кои се однесуваат на правдата и внатрешните работи,
- меѓународните договори склучени од ЕЗ и од земјите членки на ЕУ меѓу самите нив во рамките на надлежностите на Унијата.

Усогласувањето според Acquis се однесува на триесет и четири поглавја во различни области. Заштитата на човековите права и слободи се во рамките на дваесет и третото поглавје, а заштитата на здравјето е дваесет и осмото поглавје.

Дваесет и третото поглавје, „Правосудство и фундаментални права“, Ова ја нагласува целта на Унијата да се задржи и развива како подрачје на слобода, безбедност и правда. Се инсистира на воспоставување независно, ефикасно судство и непристрасност, интегритет и високи стандарди за судење со правни гаранции за фер судење. Исто така, земјите – членки мора ефикасно да се борат против корупцијата, преку воведување кохерентна политика за спречување и одвраќање на корупцијата. Земјите – членки според ова поглавје, мора да обезбедат почитување на човековите права и слободи, како што е загарантирано со Acquis и Повелбата за фундаменталните права.

Заштитата на потрошувачите и здравствената заштита се заедно опфатени во дваесет и осмото поглавје. Тука спаѓаат правилата за усогласување заради обезбедување универзална безбедност на стоката за широка потрошувачка и заштитата на економските интереси на потрошувачите. Покрај тоа, оваа глава опфаќа специфични обврзувачки правила од областа на јавното здравје. Здравството и заштитата

на потрошувачите се политики кои се тесно поврзани. Безбедноста на производите и услугите се клучни приоритети за добро здравје. Постојат и други области кои се клучни за да се обезбеди високо ниво на здравствена заштита, како животната средина, здравјето на работно место и сл. Правилата за обезбедување подобра здравје на граѓаните треба да се транспонираат во националното законодавство

Напредокот на земјите – кандидатки постојано се набљудува преку таканаречената „screening“ постапка, односно аналитички преглед за тоа во која мера ги исполниле обврските според поглавјата од Acquis, при што Европската комисија континуирано го известува Советот на Европската Унија и Европскиот парламент за напредокот на процесот на преговарање, а извештаите на земјата – кандидат и служат како упатства за квалитетот на подготовката за членство во ЕУ. Кога преговорите за сите поглавја ќе завршат, се подготвува предлог – договор за пристапување. Ако предлогот добие позитивно мислење од Европската комисија и едногласна потврда од Европскиот парламент, земјата-кандидат станува член на Европската Унија.

## 2. ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА И ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Краткиот историски преглед ја дава следната слика:

- По осамостојувањето на Република Македонија следеше период на транзиција, кој се одвиваше во отежнати околности. Губењето на традиционалните пазари во поранешна Југославија, раскинувањето на производствените и трговските врски, ембаргото кон СРЈ, ембаргото од страна на Грција, бегалската криза во 1999 година, внатрешната меѓуетничка криза во 2001 година, беа фактори кои значително ги усложнија и онака тешките транзициски предизвици. Следеше приватизација, рестриктивна макроекономска политика, намалување на животниот стандард и зголемување на стапката на невработеност, која до ден денес не се намалува. Последните дваесетина години и политичкиот систем поминува низ промени, реструктурирања и создавање на нови вредности, принципи и правила. Следствено на ваквите случувања „создадена е деформирана општествена практика што е мошне далеку од декларативните одредби на Уставот на Република Македонија за правната и социјална држава, а уште подалеку од европската парадигма на хармонично општество, засновано ‘врз историски договор’ помеѓу трудот и капиталот, помеѓу пазарната економија и природните и неотуѓиви права“ (Камбовски:2006, 11).

Економската и политичката состојба во текот на транзицијата, имаат негативни импликации врз здравствениот систем и здравјето на луѓето. Здравствениот систем, кој и онака беше остаток од поранешниот југословенски систем, наместо да се модернизира се соочува со многу недостатоци. Не постои јасна организација на јавното здравство и луѓето отежнато пристапуваат кон здравствените услуги. Социјалната состојба во македонското општество е последица на долгиот период на транзиција и сиромаштијата го загрозува здравјето на македонските граѓани. Во анализата, погоре во текстот, на социјалната состојба како индикатор на здравјето на луѓето, заклучивме дека сиромаштијата лошо влијае врз здравјето на луѓето. Истиот заклучок се однесува и за Република Македонија. Социјалната состојба во земјата е далеку полоша од европските земји на Унијата и со тоа граѓаните се соочуваат со полошо здравје. Според Извештајот на Светската банка за Република Македонија, број 19411-ПЈ, „Здравствените потреби на населението во поглед на здравствените услуги и нивниот квалитет се незадоволени. Социјално загрозените граѓани не можат да си дозволат пристап до здравствените услуги“.

Понатамошниот развој на македонската држава како самостојна и независна е придружено со многу промени и турбуленции кои сè повеќе го разградувале здравствениот систем и го довеле до распаѓање, за денес, да се прават обиди за негова ревитализација низ процес на постојани реформи. Истражувањата покажуваат дека процесот на транзицијата во Македонија доведе до сериозно зголемување на стапката на невработеност во земјата, до опаѓање на животниот стандард и зголемување на процентот на на-

селението кое живее под прагот на егзистенцијата. Продуктивноста на трудот на годишно ниво, мерена преку БДП по вработен во долари, мерена според методологијата на паритетот на куповната моќ покажува дека во периодот од 1990 година до 2006/7 година е намалена од 3 972 долари на 3 538, односно за околу 10%. Тоа е голема загуба, бидејќи во меѓувреме е мален и бројот на вработените, а невработеноста од 18 проценти во 1990 година се искачи на денешните 34%. Истовремено, анализите на распределбата на доходот и на потрошувачката во земјата покажуваат дека богатите се збогатуваат уште повеќе, а сиромашните осиромашуваат побрзо (Рејтинг:2009, 10).

Невработеноста која денес ја надминува стапката над 30% го отежнува остварувањето на правото на здравје во Република Македонија, како и другите човекови права. Граѓаните, борејќи се за примарна егзистенција ги забораваат правата кои им се гарантираат како човечки суштества и ретко се повикуваат на истите.

„Огромниот број невработени и неостварувањето на елементарното право на работа, кое е неопходен услов и за бројни други човекови права и слободи, паѓање на скалата на социјалната хиерархија, порастот на сиромаштијата, како предворје на духовната сиромаштија и општиот морален колапс, редукција на низа права, како што е правото на образование кое е исклучително важно за социјална промоција на поединецот, правото на здравствена заштита итн., се ноторни показатели дека состојбата со човековите права кај нас е алармантна“ (Камбовски:2000, 11).

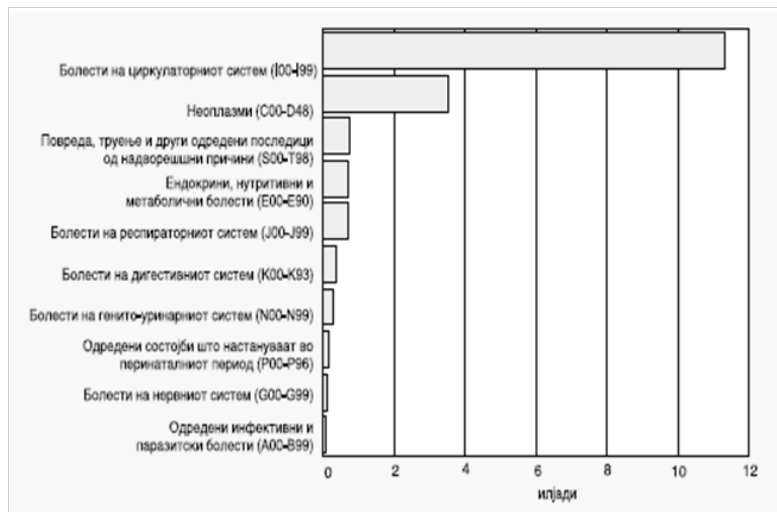
Последните истражувања од пред 4 години, верификувани и објавени од Светска банка, покажу-

ваат дека најсиромашните 20% од населението во Македонија (400 – ни илјади луѓе) кои се на дното на социјалната пирамида, располагаат само со 6.1% од доходот на земјата, а најбогатите 20% од врвот на пирамидата со 45.5%. Соодносот е поголем од 7:1 и е можен извор за социјални немири во земјата. Соодносот пак на богатството меѓу најбогатите и најсиромашните е поголем од 12:1. Но, трендот се влошува и понатаму. Со право може да се претпостави дека светската криза и домашната рецесија влијаат овие состојби уште повеќе да се влошат.

Според второто испитување за квалитетот на живот во Европа (2EQLS), спроведено од Еврофонд, агенција на ЕУ со седиште во Даблин, Македонците го оценуваат своето здравје над просекот во дванаесетте нови земји членки на ЕУ, но ги оценуваат квалитетот и пристапноста на здравствениот систем во земјата како претпоследни во цела Европа.

Во претходните поглавја детално се опишани болестите како индикатори на здравјето. Ова поглавје, во слика број 12 ги потврдува најчестите причини за смрт на македонското население. Од сликата може да се утврди дека најчести причини за смрт се болестите на циркулацискиот систем, кои се јавуваат со 57.7% од вкупно починатите, а неоплазмите со 18.0%.

Слика 12. Умрени во 2007 година, според причините за смрт во РМ



Извор: Светска здравствена организација

### 2.1. Соспојбата со човековите права и правото на здравје во Република Македонија

Човековите права и слободи во Република Македонија се гарантираат како највисока вредност на уставниот поредок. Четириесет и еден член од Уставот се посветени на граѓанските и политички слободи и права, како и економските, социјални и културни права. Заштитата на човековите слободи и права во Македонија ја обезбедува судскиот систем. Покрај редовните судови, граѓаните можат да остваруваат непосредна заштита на слободите и правата и пред Уставниот суд на Република Македонија. Имено, според член 110 став 1 алинеја 3 од Уставот

на Република Македонија, Уставниот суд ги штити слободите и правата на човекот и граѓанинот што се однесуваат на слободата на уверувањето, на совеста, на мислата и на јавното изразување на мислата, на политичкото здружување и дејствување и на забраната на дискриминацијата на граѓаните по основа на пол, раса, верска, национална, социјална и политичка припадност. Со инструментот наречен уставна тужба, досега Уставниот суд одлучувал за близу осумдесет претставки за повреди на човековите права. Уставот на Република Македонија ја предвидува и институцијата Народен правобранител, позната во светот како Омбудсман. Имено, според член 77 од Уставот, предвидено е Собранието на Република Македонија да избира Народен правобранител со надлежност да ги штити уставните и законските права на граѓаните, кога тие ќе им бидат повредени од органите на државната управа и од другите органи и организации што имаат јавни овластувања.

Претстава за тоа на кое ниво се почитуваат човековите права и слободи може да се добие од извештаите на Омбудсманот на Република Македонија, кој претставува главен „чувар“ на правата на граѓаните.

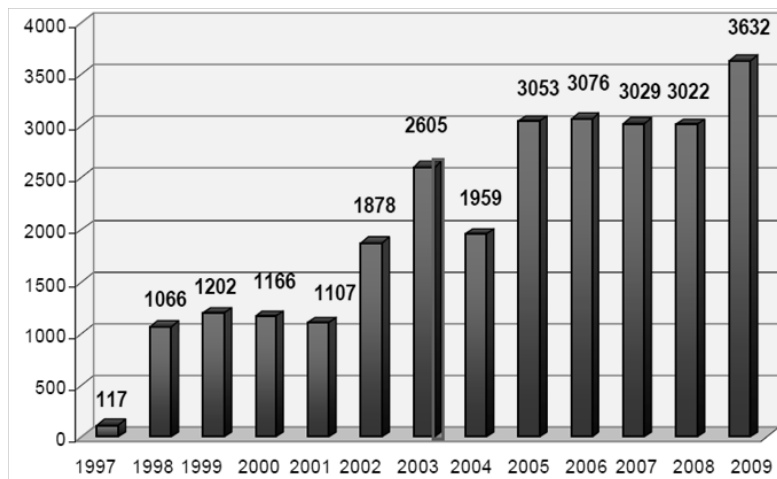
Според извештајот на Народниот Правобранител на Република Македонија за 2009 година, Народниот правобранител, во истата година, постапувал по вкупно 4.456 претставки, од кои, во извештајниот период бил поднесени 3.632 претставки од 3.847 граѓани. Во 16 случаи Народниот правобранител покренал постапка по сопствена иницијатива, додека на разговор биле примени повеќе од 5.700 граѓани во Канцеларијата во Скопје и во подрачните канцеларии и било одговорено на над 7.500 телефонски јавувања. Оваа извештајна година бројот на примени претстав-



ки бил значително зголемен, односно 20% во однос на бројот на примените претставки во последните неколку години (Омбудсман на РМ:2009).

Во прилог е слика број 13, која детално го прикажува движењето на бројот на претставки поднесени заради прекршување на човековите права и слободи во периодот од 1997 до 2009 година. Може да се заклучи дека бројот на претставки постојано се зголемува, од 117 претставки во 1997 година до 3632, во 2009 година.

Слика 13. Претставки до Народниот правобранител за прекршување на човековите права во РМ, изразени според години

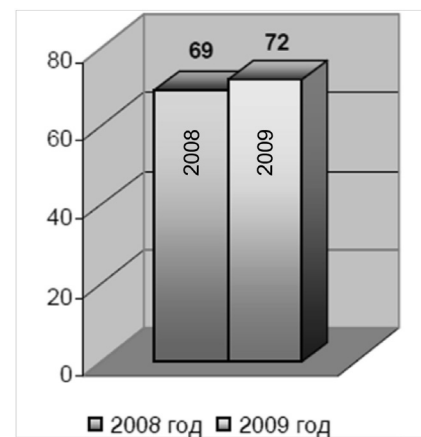


Извор: [www.ombudsman.mk](http://www.ombudsman.mk)

Анализата на извештаите од Омбудсманот на Република Македонија, исто така, покажува на неправилности и нерегуларности кога станува збор за остварување на правото на здравје. Заклучокот е дека,

во однос на остварувањето на правата од областа на здравственото осигурување и здравствената заштита, иако нема значително зголемување на бројот на претставките (слика број 14) поднесени до Народниот правобранител, граѓаните сепак секојдневно наидуваат на пречки во остварувањето на овие права.

Слика 14. Број на претставки поднесени заради прекршување на правото на здравје во 2008-ма и 2009-та година.



Извор: [www.ombudsman.mk](http://www.ombudsman.mk)

Според Народниот правобранител (слика број 15), најчести проблеми со кои се соочувале граѓаните при остварувањето на здравствената заштита е недоволната ажурност на органите при постапувањето по нивните барања и поднесени жалби.

Во 2009-та година поголем дел од претставките се однесувале на правото на повраток (рефундирање) на средствата, односно правото на надоместок на трошоци за лекување во здравствените установи. По овие

претставки, граѓаните кои ги исполнувале законските услови, го остварувале правото, после интервенциите на Народниот правобранител. Меѓутоа, продолжила практиката надлежните органи да ги одбиваат барањата за рефундирање средства за извршени здравствени услуги во здравствени установи. Во поглед на лекувањето во здравствените установи во Република Македонија, до Народниот правобранител биле поднесени неколку претставки заради несоодветно, нестручно и некавалитетно лекување.

Дел од поднесените претставки се однесувале на непризнавање својство на осигуреник и издавање потврди за платен придонес за здравствено осигурување, при што надлежните органи ова право не им го признаваа на граѓаните кои имаа заостанат неплатен придонес по некој претходен основ, иако по новиот основ редовно се плаќа придонесот. Притоа, и покрај интервенциите на Народниот правобранител и укажувањата дека граѓанинот во моментот плаќа придонес, а не добива потврда за тоа и не може да користи здравствена заштита како осигуреник, надлежните органи останале на нивниот став и граѓаните не можеле да го остварат во целост правото на здравје, односно правото на здравствено осигурување.

Во неколку последователни извештаи на Народниот правобранител се забележуваат примери за прекршување на правото на лекување во странство.

Граѓаните најчесто се незадоволни од ненавремено добивање одговори по барања за одобрување лекување во странство, а дел од граѓаните се жалеле дека надлежните органи неосновано ги одбивале нивните барања, не земајќи ја предвид приложената медицинска документација и фактите дека не постојат услови и можности за лекување во здравствените установи во Република Македонија.

Слика 15. Претставки поднесени заради прекршување на правата за здравствено осигурување и заштита

<b>ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ЗАШТИТА – 72 (1,98%)</b>		
Подобласт	Бр. на претставки	%
Болничко лекување	6	8,33
Задолжително здравствено осигурување	13	18,06
Здравствени услуги и партиципација	8	11,11
Здравствени услуги на одредени категории осигуреници	1	1,39
Лекување во странство	5	6,94
Набавка на лекови	3	4,17
Надоместок-бременост и мајчинство	5	6,94
Надоместок-болест и повреда	2	2,78
Несовесно, нестручно и некавалитетно лекување	2	2,78
Одолжување-второстепен орган	2	2,78
Одолжување-Фонд за здравство	1	1,39
Ослободување од плаќање учество	1	1,39
Основни здравствени услуги	1	1,39
Рефундирање средства	7	9,72
Друго	15	20,83

Извор: [www.ombudsman.mk](http://www.ombudsman.mk)

Освен што се заштитени на национално ниво, постои и меѓународна рамка за заштита на човековите права и слободи. Имено, се почитуваат меѓународните

стандарди за почитување на човековите права и слободи и се воспоставени правно обврзувачки задолженија со повеќе меѓународни институции, како што се ООН, Советот на Европа, УНЕСКО итн. Македонија ги има ратификувано сите главни документи за заштита на човековите права на меѓународно и европско ниво. Документите на ООН, како на пример, Меѓународниот пакт за граѓански и политички права; Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права; Конвенцијата против мачење и друго сурово и нехумано или понижувачко однесување и казнување; Конвенцијата за правата на детето; Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација на жените; Меѓународната конвенција за отстранување на сите форми на расна дискриминација и други. Потоа, документите на Советот на Европа: Европската конвенција за заштита на човековите права и основни слободи; Европската конвенција за спречување тортура и нечовечно или понижувачко однесување и казнување; Европската социјална повелба итн. Датумите на потпишување и ратификација на договорите и нивните протоколи и измени, хронолошки распоредени во табелите, се прикажани подолу.

Прифаќањето меѓународните обврски, според договорите за заштита на човековите права и слободи, носи и обврски за нивно доследно почитување. Всушност, правните норми содржани во меѓународните договори за човекови права се надредени над домашните закони. Според член 118 од Уставот, меѓународните договори што се ратификувани согласно Уставот се дел од домашниот правен поредок и не можат да се менуваат со закон. Оттука произлегува обврската за хармонизација на правниот поредок и на тековната практика на судовите, на јавната администрација и на другите државни органи со стандардите што произлегуваат од конвенциите и со праксата на нивните органи и тела.

Меѓународните механизми за набљудување контролираат во која мера се почитуваат обврските како дел од правниот поредок. Македонија има обврска да поднесува извештаи до меѓународните организации, чии договори ги има потпишано, потоа да овозможи жалбени механизми во случај на прекршување на некои од правата вклучени во договорите.

Табела 16. Договори за човекови права и слободи на Организацијата на обединетите нации, ратификувани во Република Македонија

Конвенција	Потпишување	Ратификација/ Следење/ Пристапување	Стапување на сила
Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – CESCR), 1966 г.		18/01/1994 (следење)	17/09/1991
Меѓународен пакт за граѓански и политички права (International Covenant on Civil and Political Rights – ICCPR), 1966 г. (неприфатена надлежноста за меѓудржавни жалби, чл. 41)		18/01/1994 (следење)	17/09/1991
Дополнителен протокол кон ICCPR (Optional Protocol to the ICCPR), 1966 г.		12/12/1994 (пристапување)	12/03/1995
Втор дополнителен протокол кон ICCPR (Second Optional Protocol to ICCPR), 1989 г.		26/01/1995 (пристапување)	26/04/1995
Конвенција против мачење и друго сурово и нехумано или понижувачко однесување или казнување (Convention Against Torture and Other Cruel Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – CAT), 1984 г. (прифатена надлежноста за истражна постапка, индивидуални/меѓудржавни жалби, членови 20, 21, 22)		12/12/1994 (следење)	17/09/1991
Дополнителен протокол кон CAT (Optional Protocol to CAT), 2002 г.	---	---	---
Конвенција за правата на детето (Convention on the Rights of the Child – CRC), 1989 г.		2/12/1993 (следење)	17/09/1991
Дополнителен протокол кон CRC за вклучување деца во оружен судир (Optional Protocol to the CRC on the involvement of children in armed conflict), 2000 г.	17/07/2001	12/01/2004	12/02/2004
Дополнителен протокол кон CRC за продажба на деца, детска проституција и детска порнографија (Optional Protocol to the CRC on the sale of children child prostitution and child pornography), 2000 г.	17/07/2001	17/10/2003	17/11/2003
Конвенција за елиминација на сите форми на дискриминација на жените (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women – CEDAW), 1979 г.		18/01/1994 (следење)	17/09/1991
Дополнителен протокол кон CEDAW (Optional Protocol to CEDAW), 1999 г. (неизземање од истражна постапка, чл.10)	03/04/2000	17/10/2003	17/1/2004

Меѓународна конвенција за елиминација на сите форми на расна дискриминација (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination – CERD), 1965 г. (прифатена надлежност за индивидуални жалби, чл. 14)		18/01/1994 (следење)	17/09/1991
Меѓународна конвенција за заштита на правата на сите работници-мигранти и на членовите на нивните семејства (International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families – CMW), 1990 г.	---	--	---

Извор: Ludwig Boltzmann Institute of Human Rights, Research Association (BIM-FV) – „Меѓународна и национална рамка за човековите права за Македонија“.

Табела 17. Договори за човекови права и слободи на Советот на Европа, ратификувани во Реп. Македонија

	Потишување	Ратификација/ Следење/ Пристапување	Стапување на сила
Европска конвенција за заштита на човековите права и основни слободи (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms – ECHR), 1950 г.	9/11/1995	10/4/1997	10/4/1997
Протокол кон ECHR (Protocol to the ECHR), 1952 г.	14/6/1996	10/4/1997	10/4/1997
Протокол бр. 2 кон ECHR (Protocol No. 2 to the ECHR), кој зборува за надлежноста на Европскиот суд за човекови права да дава советодавни мислења, 1963 г.	9/11/1995	10/4/1997	10/4/1997
Протокол бр. 3 кон ECHR (Protocol No. 3 to the ECHR), со кој се менуваат членовите 29, 30 и 34 од Конвенцијата, 1963 г.	9/11/1995	10/4/1997	10/4/1997
Протокол бр. 4 кон ECHR (Protocol No. 4 to the ECHR), со кој се обезбедуваат одредени права и слободи поинакви од веќе вклучените во Конвенцијата, а со тоа и во првиот протокол, 1963 г.	14/6/1996	10/4/1997	10/4/1997
Протокол бр. 5 кон ECHR (Protocol No. 5 to the ECHR), со кој се менуваат членовите 22 и 40 од Конвенцијата, 1966 г.	9/11/1995	10/4/1997	10/4/1997
Протокол бр. 6 кон ECHR (Protocol No. 6 to the ECHR) за укинување на смртната казна, 1983 г.	14/6/1996	10/4/1997	1/5/1997
Протокол бр. 7 кон ECHR (Protocol No. 7 to the ECHR), 1984 г.	14/6/1996	10/4/1997	1/7/1997
Протокол бр. 8 кон ECHR (Protocol No. 8 to the ECHR), 1985 г.	9/11/1995	10/4/1997	10/4/1997
Протокол бр. 11 кон ECHR (Protocol No. 11 to the ECHR), реструктурирање на контролната машинерија воспоставена таму, 1994 г.	9/11/1995	10/4/1997	1/11/1998
Протокол бр. 12 кон ECHR (Protocol No. 12 to the ECHR), 2000 г.	4/11/2000	13/7/2004	1/4/2005
Протокол бр. 13 кон ECHR (Protocol No. 13 to the ECHR), за укинување на смртната казна во сите околности, 2002 г.	3/5/2002	13/7/2004	1/11/2004
Протокол бр. 14 кон ECHR (Protocol No. 14 to the ECHR), со кој се менува контролниот систем на Конвенцијата, 2004 г.	15/9/2004	15/6/2005	Протоколот уште не е на сила

Европска конвенција за спречување тортура и нечовечно или понижувачко однесување или казнување (European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), 1987 г.	14/6/1996	6/6/1997	1/10/1997
Протокол бр. 1 кон Европската конвенција за спречување тортура и нечовечно или понижувачко однесување или казнување, 1993 г.	14/6/1996	6/6/1997	1/3/2002
Протокол бр. 2 кон Европската конвенција за спречување тортура и нечовечно или понижувачко однесување или казнување, 1993 г.	14/6/1996	6/6/1997	1/3/2002
Европска социјална повелба (European Social Charter), 1961 г.	5/5/1998	31/3/2005	30/4/2005
Дополнителен протокол кон Европската социјална повелба (Additional Protocol to the European Social Charter), 1988 г.	5/5/1998	---	---
Протокол за менување на Европската социјална повелба (Protocol amending the European Social Charter), 1991 г.	5/5/1998	31/3/2005	Протоколот уште не е на сила
Дополнителен протокол кон Европската социјална повелба кој овозможува систем за колективни жалби (Additional Protocol to the European Social Charter Providing for a System of Collective Complaints), 1995 г.	---	---	---
Европска социјална повелба (ревидирана) (European Social Charter (revised)), 1996 г.	---	---	---
Европска конвенција за посвојување деца (European Convention on the Adoption of Children), 1967 г.	3/4/2001	15/1/2003	16/4/2003
Европска конвенција за правниот статус на децата родени вонбрачно (European Convention on the Legal Status of Children born out of Wedlock), 1975 г.	3/4/2001	29/11/2002	1/3/2003
Европска конвенција за признавање и извршување одлуки за старателство врз деца и за враќање старателство врз деца (European Convention on Recognition and Enforcement of Decisions concerning Custody of Children and on Restoration of Custody of Children), 1980 г.	3/4/2001	29/11/2002	1/3/2003
Европска конвенција за спроведување на детските права (European Convention on the Exercise of Children's Rights), 1996 г.	3/4/2001	15/1/2003	1/5/2003
Конвенција за контакти што засегаат деца (Convention on Contact concerning Children), 2003 г.	---	--	---
Европска повелба за регионални или малцински јазици (European Charter for Regional or Minority Languages), 1992 г.	25/7/1996	--	---
Рамковна конвенција за заштита на националните малцинства (Framework Convention for the Protection of National Minorities), 1995 г.	25/7/1996	10/4/1997	1/2/1998
Конвенција за акција против трговија со луѓе на Советот на Европа (Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings), 2005 г.	17/11/2005	--	Конвенцијата уште не е на сила

Извор: Ludwig Boltzmann Institute of Human Rights, Research Association (BIM-FV) – „Меѓународна и национална рамка за човековите права за Македонија“

## **2.2. Право на здравје во Република Македонија**

Од осамостојувањето на Република Македонија правото на здравје се поврзува единствено со правото на здравствена заштита, кое е вметнато во Уставот како дел од економските, социјалните и културните права. Уставот на Република Македонија е експлицитен во гарантирањето на правото на здравствена заштита (дефинирана во Законот за здравствена заштита) на секој граѓанин (член 39).

Оттогаш се развиле и други права и обврски кои се однесуваат на пациентите, здравствените работници и здравствените установи. Законот за заштита на правата на пациентите претставува највисоката точка на развој на правото на здравје во Македонија.

Врз основа на правото дека секој граѓанин во Република Македонија има право на заштита на здравјето, воспоставен е систем на организација на здравствената заштита и осигурување, кој во најголем дел е пресликан од поранешниот југословенски систем. Еднаквата достапност се обезбедува особено и преку дополнителната (кон редовната здравствена заштита финансирана преку системот за здравствено осигурување) примена на 15-те буџетски финансирани програми што Владата ги донесува. Здравственото осигурување е востановено како задолжително со утврден пакет на здравствени услуги, за сите граѓани на Република Македонија и доброволно за обезбедување здравствени услуги кои не се опфатени со пакетот на здравствените услуги. Доколку некој од оправдани причини не воспоставил осигурување, државата обезбедува неопходни здравствени услуги преку програма за неосигурени лица.

Здравствената заштита е дефинирана со Законот за здравствена заштита. Во согласност со членот 32 од Законот за здравствена заштита, на сите граѓани (на секого) на Република Македонија им се обезбедува остварување на општите превентивни мерки заради обезбедување здрава животна средина, систематски прегледи и други мерки и активности за спречување болести (имунизација, бруцелоза, туберкулоза, СИДА, заразни болести и сл.).

Начелото на достапност се заснова на „континуитет на здравствената заштита, вклучувајќи соработка меѓу сите здравствени работници, здравствени соработници и/или здравствени установи што можат да бидат вклучени во целиот процес на третман на одредена состојба или заболување на пациентот“ (член 3, став 3 (начело на достапност), алинеја 2).

Правото на здравје е вклучено и во Законот за ментално здравје, според кој „заштитата на лицата со ментална болест се заснова на обезбедување најдобра грижа, лекување и рехабилитација во согласност со тековните достигнувања во областа и во рамките на расположливите средства, соодветна на поединечните потреби на лицето, со отсуство на каква било психичка и физичка злоупотреба, со целосен респект на достоинството на неговата личност и во негов најдобар интерес“ (член 3).

Исто така, и во Законот за заштита на населението од заразни болест каде што „се утврдуваат мерките за спречување на појавата, рано откривање, спречување на појавата и ширењето на заразните болести и инфекции...“ (член 1).

Освен националното законодавство, Македонија ги има потпишано и ратификувано голем дел од

меѓународните и регионалните документи, па оттаму може да се заклучи дека правната област во врска со правото на здравје е вклучена во националното законодавство и поткрепена со ратификацијата на меѓународните инструменти, иако правото на здравје е неприменливо во практика. Во современото општество, кога државите сè повеќе го вклучуваат правото на здравје како основно и применливо право во нивните уставни, Република Македонија заостанува.

### 2.3. Пречки во остварувањето на правото на здравје во Република Македонија

Првиот проблем со кој се соочува здравството во Република Македонија и влијае негативно врз почитувањето и остварувањето на правото на здравје е состојба во која се наоѓа јавното здравство. Македонското здравство е опремено со релативно задоволителен број на болнички кревети по обем и структура. Во 2007 година имало „9440 болнички кревети, односно 4,72 болнички кревети на 1000 жители“ (Државен завод за статистика:2008, 120). И бројот на ангажираниот здравствен персонал, исто така, е релативно задоволителен со 2,6 лекари и 4,3 медицински сестри и акушерки на 1000 жители (ibid.,130). Овие физички показатели за состојбата во здравството не се најпосакувани, но се оптимални. Меѓутоа, лошата организираност на здравствените институции, недоволната техничка опременост, очајните хигиенски услови, неетичкиот и непрофесионален однос на медицинскиот персонал, ненавремената медицинска грижа која често завршува фатално, го оддалечуваат македонското здравство од нивото на земјите на Европската Унија.

Табела 18. Состојбата во здравствените установи во Република Македонија

	1996	2000	2006
Лекари-вкупно	4 464	4 455	5 134
од тоа специјалисти:	2 732	2 892	3 301
Стоматолози	1 078	1 129	1 175
Фармацевти	342	311	187
Број на лекари на 1000 жители	2.3	2.2	2.5
Број на стоматолози на 1000 жители	0.5	0.6	0.6
Болнички постели	10 311	10 248	9 343
Број на жители по болничка постела	192	198	218

Извор: www.szo.com

И покрај многуте реформи, јавното здравство во Република Македонија се соочува со многу проблеми. Сè потешко се остваруваат носечките карактеристики на достапност, солидарност, еднаквост и праведност. И додека Светската здравствена организација, во новиот милениум, интензивно се залага за „здравје за сите во 21 век“, за нашите граѓани сигурната здравствена заштита станува сè подалечна и потешко остварлива. „Неправедниот и нееднаков третман на пациентите во здравството уште повеќе го потврдува отсуството на хуманата димензија во актуелната здравствена политика на која ѝ станува сè поважно, кој е пациентот што го има заболувањето, а не кое е заболувањето што го има пациентот?“ (Велиќ – Стефановска, 2010:23).

Вториот проблем е непостоење на концепт за јавно здравје, а со тоа отсуство на свест за водење здравствена политика во интерес на целото општество и свест кај индивидуите за грижа за сопственото

здравје. „Јавното здравје во Република Македонија сè уште не е постои во вистинска смисла“, тврди Саркањац во неговото дело „Јавно здравје и здравствена реформа“ (Саркањац: 2008, 46). За да почне да се развива е потребно да се сфати неговата суштина и целокупното општество да почне да учествува во активностите на јавното здравје, зошто сепак јавното здравје е одговорност на државата.

Подобрувањето на јавното здравје во Европските земји се третира како важен сегмент во развојот на здравството во поширока смисла. „Кај нас концепцијата за унапредување на јавното здравје се ограничува на краткорочни проекти зад кои нема системска и државна сеопфатна и континуирана стратегија. Сето ова говори дека јавното здравје доправа треба да го најде своето место во РМ“ (ibid.)

Трет проблем е социјалното осигурување кое не е добро дефинирано. Определено е на еден единствен начин без систем на пакети на здравствено осигурување, карактеристични за земјите на Европската Унија. Овој проблем има многу сериозна димензија, имајќи предвид дека луѓето кои не се здравствено осигурени имаат негативна импликација врз економијата и целото општество.

Иако, бројот на осигурени лица, според Статистичкиот годишник, е исклучително висок и достигнува над 95% од населението, од Министерството за здравство проценуваат дека без сини картони (здравствено неосигурени) се околу 100.000 граѓани. Само 50% се директно осигурени и без соодветен пакет согласно на средствата што ги плаќаат. Задолжителното здравствено осигурување е согласно со моделот кој се применува во европските земји, во смисла на обврската во него да се опфатат членовите на потесните

семејства на сите осигуреници. Останатите граѓани се осигурени како невработени или пензионери.

Трошоците кои се определуваат за здравјето на граѓаните, изразени како процент од бруто домашниот производ во Република Македонија, изнесуваат 8% (Светски здравствен извештај за 2008 година). Трошоците за здравствено неосигурената популација, кои се многу поголеми од финансиските аспекти, на подолг рок го загрозуваат здравјето и траењето на животот на граѓаните, од причина што, наместо да се трошат тие 8% на унапредување на програми за превенција и заштита на здравјето, најголем дел од нив одат на трошоци за неосигурени лица.

Покрај социјалните трошоци за неосигурениците, тука се и прераната смрт и лошото здравје на неосигурените лица или инвалидитет, можни катастрофални последици по нивниот живот предизвикани од некоја болест или повреда итн.

Здравствено осигурување за луѓето од руралните средини е уште поголем проблем за македонските граѓани. Луѓето од руралните средини се соочуваат со недостаток од итна медицинска помош и се здравствено неосигурени. Светскиот здравствен извештај „Здравјето на руралните жители 2010 година“, потврдува дека жителите на руралните региони се соочуваат со единствени здравствени проблеми, кои во основа се последица на недостаток од здравствено осигурување. Во овој извештај се наведени 28 врвни здравствени цели, од кои 10 се однесуваат токму на руралните региони. Тие се: пристап до квалитетни здравствени услуги, срцеви заболувања и удари, дијабетес, ментално здравје и нарушувања. Извештајот вклучува дека е неопходно да се идентификуваат здравствениите проблеми за жителите на руралните средини и да

се изнајдат начини за нивно подобрување и предлог – модели што ќе ги решат проблемите и ќе го подобрат квалитетот на животот на овие луѓе ([www.szo.com](http://www.szo.com)).

Четврт проблем (бројниот редослед е само заради подобра прегледност, а не според важност) е корупцијата во здравството, затоа што според истражувањата од меѓународната јавност, корупцијата во здравството со години наназад е на прво место. Од секојдневните информации во медиумите може да се заклучи дека корупцијата во здравството почнува со ситни суми кои на пациентите им се бараат во лекарските ординации, а завршуваат со големите злоупотреби кои се прават во Фондот за здравство, Министерството за здравство, клиниките и болниците. Според некои пресметки, од 80 до 120 милиони евра, пари на граѓаните, завршуваат во приватните џебови на лекарите и останатите медицински лица.

Во последниот извештај на СЗО од 2009 година, обврската за доплата на здравствените осигуреници се карактеризира како една од сериозните причини за неправедност и корупција во здравството. Според сознанија на Светската здравствена организација, населението во Македонија троши вкупно 5 милијарди денари во самофинансирање (директно од џеб), која сума пресметана по глава на жител изнесува 2470 денари. Меѓутоа, бидејќи оваа сума веќе вклучува и 513 милиони во партиципација, дополнителниот трошок за здравствена заштита, која сеплаќа од џеб е 4,5 милијарди денари, која сума е приближно 2217 денари по глава на жител годишно ([www.szo.com](http://www.szo.com)).

Табелата на сликата број 19, упатува на фактот дека поголемиот дел од самофинансирањето во здравствената заштита се средства во висина од 3 581 милиони денари (71%), кои се трошат на лекови и помагала.

Табела 19. Лични трошоци на граѓаните во РМ за здравствени услуги

ЛИЧНИ ТРОШОЦИ (2005 година)	По лице во денари	%	Вкупно население во денари
Вкупна потрошувачка за здравствени услуги	2,469	100	5,028,994,995
Лекови и помагала	1,758	71	3,580,791,090
Вонболнички услуги	558	23	1,136,565,090
Болнички услуги	153	6	311,638,815

Извор: Годишен статистички извештај за 2006 година

За борба против корупцијата, Владата, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување отворија телефонски линии за корупција. Во Министерството за здравство велат дека бројот на осигуреници кои се јавуваат е многу мал и најчесто пријавуван проблем е квалитетот на услугите. Во Фондот за здравствено осигурување дневно примаат по 20 повици. Покрај тоа што осигурениците се жалат на повреда на правата од здравственото осигурување, тие поставуваат и прашања поврзани со нивните права и начинот на осигурување. Она што понекогаш ја отежнува работата е тоа што многу граѓани не само што не сакаат да се претстават, туку не сакаат да го кажат ниту името на лекарот, ниту на ординацијата или болницата каде што се лекувале и им биле прекршени правата ([www.fzo.com.mk](http://www.fzo.com.mk)).

Како резултат на досега наведените проблеми, произлегува и несоодветната здравствена заштита, проблем кој го попречува доследното остварување на правото на здравје како дел од човековите права и слободи. Здравствената заштита која треба да биде благовремена и максимално квалитетна, најчесто е недостапна за многу осигуреници, што резултира со на-



рушен квалитет на живот и лошо здравје. Квалитетот на здравствена заштита во јавните здравствени установи сè повеќе се намалува со заминувањето на искусните здравствени работници во приватните здравствени институции. Со тоа здравствено осигурените граѓаните се принудени да се обраќаат за помош и лекување во приватниот здравствен сектор.

Како последица на наведените и уште многу други проблеми што го отежнуваат функционирањето на националниот здравствен систем, во Република Македонија е отежнат процесот со кој се остварува правото на здравје. Во отсуство на општество со јасно дефиниран концепт за јавно здравје и распаѓање на постоечките претставници на јавното здравство, луѓето тешко се справуваат со болести, имаат лошо здравје, намален квалитетот на живот и пократок животен век.

#### **2.4. Здравствена политика на Република Македонија**

Националната здравствена политика подразбира предвидување и преземање активности за подобрување и превенција на здравјето, преку механизми кои ќе овозможат услови за лекување, превентивна заштита и здрава околина. Како што е наведено во делото „Новото јавно здравство“: „Нациите имаат мотив да го унапредуваат општото здравје, од исти или слични причини од кои го поттикнуваат образованието и писменоста“ (Тулчински:2003, 51).

Здравствената политика на Република Македонија се креира во духот на европската интеграција. Основен двигател за планираните политики, програми и реформи е имплементацијата на препораките на Унијата, исполнувањето на условите за членство.

Унијата инсистира на здравствена политика која обезбедува здравствен систем што придонесува за општествената добросостојба и кохезија.

Како што веќе заклучивме во претходното поглавје, една од основните активности на новите земји – членки и земјите кои го посакуваат членството е прилагодувањето на законодавството, како во областа на човековите права, така и во здравството. Здравствените системи на земјите се разликуваат, но сепак имаат мноштво заеднички функции, според кои може да се утврдат целите и постапките на здравствената политика на земјата. Но, овој процес на прилагодување на законодавството се одвива тешко, имајќи предвид дека новите земји членки и кандидатите за членство поминале или сè уште минуваат низ тежок процес на економска и политичка транзиција. Како резултат на тоа, оваа обврска не е целосно завршена во новопримените земји и земјите – кандидати и покрај големиот број реформи што се воведуваат. Меѓу нив е и Република Македонија која се наоѓа во процес на реформирање и прилагодување на постоечкото законодавство во однос на човековите права.

Политиката на Република Македонија во однос на здравјето и човековите права е водена од идејата за членството во Унијата. Во претпристапниот период се прават напори за подобрена координација и давање поддршка на меѓународните конвенции и договори, како и директно учество во нивната подготовка и усвојување.

Како еден од досега постигнатите резултати на патот кон подобро остварување на правото на здравје може да го споменеме и моментот кога Р. Македонија станува потписник на Декларацијата за милениумски развојни цели. Според податоците на Светска Банка, Македонија ќе има реални шанси да постигне три ми-

лениумски цели кои се тесно поврзани со унапредувањето на здравјето и превенцијата:

- Намалување на стапката на смртност кај децата,
- Подобрување на здравјето на трудниците,
- Борбата против ХИВ/Сида, маларија и други болести.

#### *2.4.1. Некои клучни аспекти на здравствениите политики во Република Македонија*

Владите имаат клучни улоги во остварувањето на правото на здравје, како во европските земји, така и во Република Македонија. Тие имаат централна улога во обезбедување на услови за остварување на правото на здравје. Имено, со помош на инструментите на владините политики може да се влијае на факторите кои влијаат на здравјето како и на институционалните форми од кои зависи правото на здравје, како на пример: обезбедување храна, лекови, здрава вода за пиење и здрава околина, социјална и здравствена заштита итн. „Владите се главен обезбедувач на финансии и менаџмент за развој на здравствена инфраструктура, обезбедување здравствени услуги и системи за наплата во здравството“ (Тулчински: 2003, 93).

Со определбата на секоја демократска држава да го гарантира правото на здравје, државата има обврска да создаде услови за негово почитување и остварување. „Државата ја прифаќа обврската да обезбеди доволна, достапна и квалитетна здравствена заштита и средства и услуги што се подеднакво достапни и со висок квалитет“ (ibid.).

Владите имаат одговорност да обезбедат економски и социјален живот, во минимална благосостојба. „Обезбедувањето на социјалните права прет-

ставува развивање на социјалната држава и проширување на државните одговорности во економскиот и социјалниот живот“ (Трајковски: 2005, 206).

Во прилог се наведени некои од програмите кои што се спроведуваат во рамките на Здравствената политика на Република Македонија.

#### *Програма на Владата на Република Македонија во периодот за 2006/10 година*

Со оваа програма, здравствената политика на РМ во областа на здравството, заради негово подобрување и исполнување на реформите за членство, ги планира следниве активности:

- Подобрување на квалитетот на услугите
- Унапредување на правата на пациентите
- Подобрување на условите во здравствените установи
- Еднаков третман кон сите пациенти
- Модернизација и менаџмент за унапредување на здравствениот сектор
- Континуирана обука на здравствените работници
- Здравствено осигурување кое на сите граѓани ќе им обезбеди јасно дефиниран и единствен пакет на здравствени услуги (www.gov.mk)

#### *Програмата на акција на Заедницата во областа на јавното здравство 2003-2008*

Во рамките на остварување на целите за подобро здравје, здравствената политика на Република Македонија остваруваше многу активности кои се во контекст на оваа програма:

- Тековни процеси на реформи во здравствениот систем, Министерство за здравство, Фондот за здравствено осигурување, модернизација на Републичкиот завод за здравствена заштита. (Во рамките на Проектот за унапредување на здравствениот систем, финансиски поддржан со кредит на Светска банка).

Реформите кои беа планирани според оваа програма имаа за цел да наметнат промени во здравствениот сектор, негова модернизација и реорганизација со цел ефективно и модерно јавно здравство и исполнување на препораките од Одлуката 2002/1786/ЕЗ (Програма на акција на Заедницата во областа на јавното здравство). Меѓутоа, состојбата во која денес се наоѓа здравствениот сектор во Република Македонија е показател за успехот на Програмата за подобрување на јавното здравство за наведениот период 2003/2008.

Министерството за здравство е стратешкиот инструмент преку кој Владата ги остварува планираните програми во областа на здравството. Министерството за здравство во својата работа се води според содржините на програмите и активностите преку кои се планира остварување на целите во наредниот период.

#### *Програма за работа на Владата на Република Македонија 2008–2012*

Актуелните програми и активности на Министерството за здравство произлегуваат од Програмата за работа на Владата на Република Македонија 2008–2012 а се во функција на остварување на стратешките приоритети на Владата на Република Македонија, утврдената здравствена стратегија до 2020 година,

Милениумските цели на ООН во делот за здравството. Нацрт – стратешкиот план 2009 – 2011 година на Министерството за здравство содржи: предефинирани, потврдени и нови развојни цели, преку кои ќе се реализираат веќе поставените среднорочни приоритети и програми зацртани во Стратешкиот план за 2008–2010 година.

За стратешки приоритети во 2009 година се утврдуваат:

- зголемување на економскиот раст и конкурентноста на трајна основа,
- повисока стапка на вработеност, пораст на животниот стандард и квалитет на живеење.

Цели на Министерството за здравство за периодот од 2009–2011 година:

- Подобрена здравствена состојба на населението;
- Подобрен здравствен статус на населението;
- Воспоставување на систем за следење и контрола на заразните болести, рано откривање и предупредување;
- Зголемено покривање на населението со вакцини и воведување на нови вакцини според потребите, имплементирање во пракса на програмата за задолжителна имунизација на населението;
- Спроведување на Стратегијата за незаразни заболувања во согласност со Европската стратегија на СЗО;
- Намалена стапка на смртност кај приоритетните болести и заболувања на зависности, како и намален број на жртвите на несреќни ситуации;
- Намалена стапка на смртност кај новороденчињата;

- Подобен квалитет на здравствената заштита и здравствените услуги наменети за пациентите, подобрена достапност и сообразност при обезбедувањето здравствени услуги за населението;
- Обезбедување на здравствени услуги кои сè повеќе се фокусирани кон потребите на пациентите. Подобен квалитет на здравствените услуги и нивно мерење и следење. Воведена медицина заснована на докази. (модернизација на системот за заштита на јавното здравство согласно стандардите на ЕУ, подобрување на организацијата на здравствена заштита, унапредување на правата на пациентите во сите медицински интервенции, стандардизиран третман на сите заболувања со цел секој пациент да добие иста нега во сите здравствени установи, достапна здравствена заштита на целото население што подразбира целосно здравствено осигурување на населението – јасно дефиниран и единствен пакет на здравствени услуги за сите граѓани), подобрени здравствени услуги во руралните подрачја и оддалечените места од здравствените објекти и кадри од примарната здравствена заштита и стоматологијата – отворање на амбуланти, подобро орално здравје на населението (особено кај младите);
- Подобрени фармацевтски услуги преку обезбедени високо квалитетни и со соодветна цена фармацевтски производи за населението;
- Оддржлив, ефикасен и достапен (економичен) систем за обезбедување на здравствената заштита на населението;

- Оддржливо финансирање на здравството, подобрен квалитет на здравствени услуги и рационално трошење на ограничениот здравствен денар;
- Подобрена соработка и размена на информациите меѓу сите заинтересирани страни и подобра дистрибуција на информациите до населението, подобро здравје и здравствена грижа во рамките на единиците на локалната самоуправа;
- Подобрено здравје на населението, со оглед на преземените мерки за обезбедување на чист воздух, вода и хигиена на храната; зголемена едукација на населението за водење на здрав начин на живеење, превенција од болести и здравствена екологија;
- Приспособен здравствен систем на глобализацијата кој ќе биде подготвен за членството во ЕУ ([www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)).

Владата и Министерството за здравство со оваа Програма (2009/11), сакаат да ја подобрат мултилатералната соработка со земјите на Европската Унија, да ги следат активностите на Светската здравствена организација и Светската трговска организација и да обезбедат нивна помош за подобра координација и справување со проблемите кои го ограничуваат остварувањето на правото на здравје. И исполнување на крајната цел – остварување на владината стратегијата за влез во европското семејство. За таа цел е создадена Програмата „Здравствен систем подготвен за членство во Европската Унија“.

*Програмама „Здравствен систем и одржливост  
за членство во Европската Унија“*

Програмата е потврда на планираните активности на Владата на Република Македонија 2008–2012, Нацрт – одлуката за утврдување на стратешките приоритети на Владата за 2009 година, Годишната програма за работа на Министерството за здравство за 2009 година, утврдената Здравствена стратегија до 2020 година, Милениумските цели на ОН во делот за здравството. Програмата претставува продолжување на реализацијата на среднорочните цели, дефинирани во Стратешкиот план 2008 – 2010 година на Министерството за здравство.

Како свое најдобро остварување за подобро остварување на правото на здравје, Владата на Република Македонија ја смета Здравствената стратегија на Република Македонија до 2020 година под наслов „Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем“. Стратегијата ја одредува визијата кон унапредување на здравјето и подобрување на здравствениот систем, кој ќе одговара на потребите на населението. Таа ги посочува приоритетните области и има за цел здравствените услуги кои ќе обезбедат најголема полза за граѓаните.

Владата на Р. Македонија, со најновата програма за развој на здравството, прави некои обиди за промоција на Јавното здравје. Новата здравствена стратегија на РМ до 2020 содржи неколку цели кои се однесуваат на Јавното здравје:

- Цел 1. Постоечките разлики во здравствената состојба на населението меѓу РМ и државите од ЕУ да се намали за една третина.
- Цел 2. Разликите во здравјето меѓу социо – еко-

номските групи во рамките на РМ да се намали за една четвртина, со што значително ќе се подобри нивото на здравјето на маргинализираните групи.

- Цел 3. Сите новороденчиња, доенчиња и предучилишни деца во Република Македонија да имаат подобро здравје, што гарантира здрав почеток во животот.
- Цел 4. Младите луѓе во државата треба да бидат поздрави и способни да ги исполнат нивните улоги во општеството.
- Цел 5. Луѓето над 65 години ќе имаат подобро здравје и поактивен општествен живот.
- Цел 6. Психо – социјалната благосостојба на луѓето да се подобри и да се обезбедат подобри сеопфатни служби во заедницата кои ќе им бидат достапни на лицата со проблеми во менталното здравје.
- Цел 7. Несаканите последици по здравјето настанати од заразните заболувања со јавно здравствено значење, треба значително да се намалат преку систематски применети програми за контрола, елиминација и искоренување на заразните заболувања.
- Цел 8. Во Република Македонија, состојбата на заболеност (морбидитетот), онеспособеност и предвремена смртност, заради водечките хронични незаразни заболувања, ќе се намалат на најмало можно ниво.
- Цел 9. Да има значителен и оддржлив пад во бројот на повредите, онеспособеноста и појавата на смрт заради несреќи и насилство.
- Цел 10. Населението треба да живее во побезбедна физичка околина, при што изложеноста

на загадувачи, опасни по здравјето, ќе биде на ниво кое не ги надминува меѓународно договорените стандарди.

- Цел 11. Луѓето во општеството треба да прифатат поздрави начини на живеење.
- Цел 12. Негативните здравствени ефекти заради конзумирањето на супстанции кои создаваат зависност, како што се пушењето, алкохолот и психоактивните дроги значително ќе се намалат во државата.
- Цел 13. Луѓето во Република Македонија треба да имаат поголеми можности да живеат во поздрава физичка и социјална околина во домот, училиштето, работното место и локалната заедница.
- Цел 14. Сите сектори во општеството треба да ја признаат и прифатат нивната одговорност за здравјето.
- Цел 15. Во Република Македонија да се создадат услови за стекнување на соодветно знаење, ставови и вештини на здравствените работници и соработници за заштита и унапредување на здравјето ([www.gov.mk](http://www.gov.mk)).

#### *2.4.2. Развојниот пати на Република Македонија кон европската интеграција*

Определбата на Република Македонија за европска перспектива е стратешки интерес уште од нејзиното осамостојување. Желбата да се биде партнер на Европската Унија станува остварлива од воспоставувањето на дипломатските односи во 1995. Оттогаш поинтензивно започнува борбата за членство, пред сè исполнета со многу етапи на институционално при-

ближување. Европскиот совет во декември 2005 година ѝ додели на Република Македонија статус на кандидат и со тоа започна клучната фаза од процесот на европската интеграција.

Главната цел на Република Македонија, на среден рок, е целосно да ги исполни европските стандарди за функционална демократија и напредна пазарна економија, оспособена да ги преземе обврските од членството во ЕУ.

Прегледот на досегашните достигнувања на Република Македонија се одвива според следниот редослед:

- Во 1996 РМ се квалификува за добивање помош од ФАРЕ (PHARE) програмата на Европската заедница.
- Во 1997, Советот на министри на ЕУ воспоставува политичка и економска условеност за развој на билатералните односи.
- Во 2000, Европскиот совет заклучува дека сите земји од процесот на стабилизација и асоцијација се „потенцијални кандидати“ за членство во ЕУ, вклучувајќи ја и Република Македонија.
- Во 2001 е потпишана Спогодбата за стабилизација и асоцијација со Европската заедница и нејзините земји.
- Во 2003, на Самитот во Солун, Процесот на стабилизација и асоцијација е потврден како политика на ЕУ кон Западен Балкан и на државите им е потврдена перспективата за членство во ЕУ.
- Во 2004 е поднесена апликацијата за членство во ЕУ; влегува во сила Спогодбата за стабилизација и асоцијација; Советот ѝ налага на Комисијата да подготви Мислење за аплика-

цијата на Република Македонија за членство во ЕУ; се одржува првиот состанок на Советот за стабилизација и асоцијација помеѓу ЕУ и Република Македонија.

- Во 2005, Владата на Република Македонија ги доставува одговорите на Прашалникот на Европската комисија; ЕК го објавува мислењето за апликацијата на Република Македонија за членство во ЕУ; Европскиот совет ја донесува одлуката за доделување на кандидатски статус на Република Македонија.
- Во 2006, Советот го усвојува Европското партнерство
- Во 2008, влегува во сила Спогодбата за визно олеснување и Спогодбата за реадмисија меѓу ЕУ и Република Македонија; Советот го усвојува Партнерството за пристапување за Република Македонија, ажурирајќи го претходното Европско партнерство од јануари 2006; започнат е дијалогот за визна либерализација; Европската комисија го усвојува Комуникето за Западен Балкан во кое се поставени одредници за преминување во следната фаза од пристапувањето; Европската комисија го презентира Патоказот со одредници за визна либерализација за Република Македонија.
- Во 2009, Европската комисија предлага да ѝ се одобри визната либерализација на Република Македонија; Европската комисија предлага преминување кон втората фаза од ССА; Европската комисија предлага отворање на преговорите за пристапување со Република Македонија; Стапува во сила визната либерализација со Република Македонија.

Со потпишувањето на Спогодбата за стабилизација и асоцијација, поднесувањето апликација за членство и признавањето на статус на држава кандидат за членство, како и со Визната либерализација, Република Македонија се приближува кон најголемиот стремеж – членство во Европската Унија. Меѓутоа, овој пат е исполнет со многу барања, критериуми и предизвици. Трансформација на политичкиот, економскиот и здравствениот систем и нивно прилагодување на земјите од оваа „регионална организација“ е неопходност.

Хармонизацијата на законодавството на Република Македонија со Европската Унија е тежок процес за кој е потребно време и труд. Треба да се бараат решенија со кои националното законодавство ќе се приближи кон правото на Европската Унија. Обврската за хармонизација на законодавството на РМ со правото на ЕУ е вградена во членот 68 од Спогодбата за стабилизација и асоцијација, додека во Деловникот на Собранието од јули 2008-ма година, во член 135 е предвидено дека содржината на секој предлог закон со кој се врши усогласување, треба да содржи и податоци за изворните акти на Европската Унија со полн назив, број и датум, како и изјава за усогласеност. Овие предлог – закони се обележуваат со знамето на Европската унија.

За подобра прегледност на процесот на хармонизација може да се направи преглед на методологијата, според која се одвива во четири фази:

1. Подготвителна фаза во која треба да се воспостават сите потребни институции за спроведување на процесот на хармонизација. Во оваа фаза спаѓа и пренесувањето на европските правни акти во конкретните области и претставување на начелата за хармонизација.

2. Аналитичка фаза е фаза во која се преведуваат европските правни акти на македонски јазик и се вградуваат во Програмата за приближување на националното законодавство кон европското законодавство.

3. Фазата на транспонирање е пореална фаза во која оперативно се претставува новото законодавство преку нацрт – закони или предлог – измени и дополнувања.

4. Фазата на имплементација, како последна, треба да овозможи соодветна имплементација на законите во практика и на тој начин да ја оствари крајната цел, компатибилност на правниот поредок во Република Македонија и законодавството во Европската Унија ([www.sobranie.mk/evropskaunija/usoglasuvanjenazakonodavstvoto](http://www.sobranie.mk/evropskaunija/usoglasuvanjenazakonodavstvoto)).

Унапредувањето на човековите права е на врвот од листата критериуми, затоа што, камен темелник на општествата на земјите на Европската Унија се токму човековите права и слободи и најголем акцент се става на аспектите на оваа проблематика. Токму затоа, европскиот пристап на Република Македонија треба да се насочи на овие прашања. Всушност усогласувањето на законодавството се однесува на целото *Acquis Communautaire* кое во себе содржи многу повеќе од правни прописи, како што беше погоре објаснето. Така што, освен човековите права и слободи, предмет на усогласување е законодавството за заштита на здравјето.

Веќе споменавме дека националната здравствена политика на Република Македонија е насочена кон активности кои ќе го приближат здравствениот систем кон здравствените системи на земјите – членки, со првенствена цел за повисока заштита на здравје-

то. Политиките кои биле спроведени во изминатиот период, се спроведуваат или се планирани за наредните години се во контекст на прилагодување на законодавството во здравството и реформи за реструктурирање на здравствениот систем. Поголема заштита на здравјето, намалување на смртноста и зголемување на животниот век, поголем квалитет на здравствените услуги, пакети на здравствено осигурување и еднаков третман кон сите пациенти се дел од секоја програма за подобрување на здравството. Исполнувањето на овие цели би значело и исполнување на препораките на Европската Унија во рамките на „Програмата за јавно здравство на ЕУ“. Актуелната програма „Здравствен систем подготвен за членство во Европската Унија“ е најголем доказ за стремежот на Македонија приспособен здравствен систем, кој ќе ја подготви за пристапување во Европската Унија.

Најдобар показател за достигнувањата на патот кон Европската Унија, претставува Извештајот на Европската комисија за напредокот на Република Македонија за 2010/2011 година. Комисијата ја анализира ситуацијата во Република Македонија во однос на критериумите за членство и го утврдува капацитетот со кој земјата може да се справи со обврските кои произлегуваат од членството. Ќе се задржиме само на областа на човековите права и здравството кое неминовно треба да се анализира за да се утврди до која мера се почитува правото на здравје.

Во рамките на политичките критериуми се анализираат човековите права и слободи. Се смета дека е постигнат напредок во однос на ратификацијата на инструментите за заштита на човековите права. Ратификувана е Конвенцијата на Советот на Европа за заштита на децата против сексуална експлоатација, сè



уште не е ратификувана Европската повелба за регионални и малцински јазици. Се истакнува дека е забележано непочитување на човековите права и слободи, при што Европскиот суд за човекови права утврдил дека Република Македонија ја прекршила Европската конвенција за човекови права и слободи во 21 случај, додека во 2010 година, само во септември, 1122 предмети биле поврзани со Македонија. Оттаму и Генералниот заклучок, според кој е постигнат ограничен напредок во унапредувањето и спроведувањето на човековите права. Европската комисија е задоволна од воспоставувањето на правната рамка, меѓутоа не и од институционалната.

Што се однесува до економските, социјалните и културните права состојбата е полоша. Како главни пречки за остварување на овие права се наведуваат дискриминаторските обичаи, традиции и стереотипи, широко распространети, особено во руралните области. Дискриминацијата е присутна во секој општествен сегмент. Правото на здравје не се однесува еднакво за сите луѓе. Жените од ромска националност страдаат од родова и расна дискриминација. Не е посветено доволно внимание на здравјето на жените, децата со посебни потреби имаат ограничен пристап до здравствената заштита, додека здравствените и специјалните служби немаат доволно квалификуван и стручен кадар. Минимални се напорите да се посвети внимание на социо-економските одредници на здравјето и здравствените нееднаквости. Така што и минималниот напредок, во однос на донесување на Националната стратегија против семејно насилство, Законот за еднакви можности и Законот кој содржи листа на основи за дискриминација, останува незабежан.

Во однос на усогласувањата во областа на здравството, во досегашниот период на прилагодување, може да се констатира дека е воспоставена задоволителна правна рамка. Имено, усвоен е Законот за заштита на правата на пациентите по примерот на Европската повелба за заштита на правата на пациентите. Донесен е Правилник за формата и содржината на образецот за изјавата за согласност и изјавата за одбивање определена медицинска интервенција. Овие документи ќе овозможуваат подоследно почитување на правото на согласност. Уште еден чекор напред претставуваат првите советници за правата на пациентите кои се назначени во секоја болница.

Во однос на јавното здравство, донесен е Законот за евиденции во областа на здравството, со кој требаше да се воведат електронската здравствена легитимација, која сè уште не е во функција.

Донесена е Национална стратегија за незаразни болести како рамка за донесување посебни програми и акциони планови за контрола и превенција на кардиоваскуларни, малигни и белодробни заболувања. Како и Национална стратегија за здравјето на млади лица од 10 – 19 години. Се очекуваат позитивни резултати од овие стратегии, со оглед на фактот што овие болести се главна причина за смртност во Република Македонија.

Досегашниот развоен период се карактеризира и со обемниот процес на Министерството за здравство за реструктурирање на институциите за јавно здравство. Некои институти и служби сеприватизирани, додека некои беа ставени на тендер, согласно со програмите за управување според начелото јавно – приватно партнерство. Сепак, недостигот од соодветна оперативна структура и доволно финансиски сред-

ства претставува голема пречка при спроведувањето на програмите.

Позитивен исход се очекува и од различните здравствени програми на Владата на РМ, како на пример:

- Годишни здравствени програми за превенција;
- Измената на законот за здравствено осигурување, кој треба да им обезбеди здравствено осигурување на сите граѓани;
- Во интерес на хармонизацијата и довршувањето на процесот на усогласување на законодавството со Европската Унија, донесен е Законот изменување на Законот за заштита од пушење, согласно со Директивата на ЕУ за тутунски производи 2001/37;
- Подготвени се измени на законот за заштита од заразни болести, согласно мерките на ЕУ;
- Се интензивира соработката со Европскиот центар за превенција и контрола на заразните болести;
- Подготвен е проект за безбедност на крвта со кој треба да продолжи процесот на реформа во областа на трансфузиологијата и безбедноста на крвта и поднесена е апликација за обезбедување средства за негова реализација преку пристапните фондови на ЕУ.

Иако наведените програми се позитивно оценети тие не се докрај спроведени и останува допрва да се утврдува нивната усогласеност според *Acquis* и да се оценува процесот на нивна имплементација.

Генералниот заклучок е дека Република Македонија егзистира во ситуација во која од една страна општествениот, економски, политички и здравствен

систем го оневозможува практикувањето на граѓанските права, а од друга страна, е присутен притисокот на Европската Унија правата на сите луѓе, во секој сегмент од општеството, да бидат општ стандард, што треба да го достигнат сите луѓе и нации.

Не е тешко да се препознаат проблемите кои го попречуваат остварувањето на правото на здравје како фундаментален дел од човековите права во Република Македонија. Можат да се пронајдат во секој општествен сегмент. Социјалните, економските, општествените и политичките проблеми кои го оневозможуваат остварувањето на правото на здравје сè помалку присутни во земјите на Унијата. Македонската здравствена политика треба подоследно да ги следи активностите на Европската Унија, односно, што сè се презема во рамките на нејзината политика во однос на ваквата проблематика. И кои искуства можат да бидат употребени за да се подобри севкупниот амбиент во кој се извршува здравствената практика во Р. Македонија.

Препораките во насока на подготвување политики за заштита на правото на здравје како фундаментален дел од човековите права претставуваат нужност во самиот интеграциски процес. Тие секако се корисни и прифатливи за градење на модерен општествен и здравствен систем, во кој ваквите права ќе се почитуваат и ќе бидат во согласност со стандардите на Европската Унија. Меѓутоа не се доволни самостратешките планови на институциите во целиот општествен систем, подготвување на нови законски и подзаконски акти и планирани активности, време е задачите да се исполнуваат.

## IV ДЕЛ ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ

### **1. ДОКУМЕНТИ СО КОИ СЕ ОПРЕДЕЛУВА, ШТИТИ И УНАПРЕДУВА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ**

Најважен документ за заштита на човековите права е Универзалната декларација за човекови права (УДЧП, 1948). Други клучни меѓународни договори за заштита на човековите права се: Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права (МДЕСКП, 1966) и Меѓународниот пакт за граѓански и политички права (МДГПП, 1966), кои ја разработуваат содржината на праватаобразложени во УДЧП и содржат законски обврзувачки одредби за владите кои стануваат нивни членки.

Овие документи претставуваат основа за многу други документи, декларации, договори и закони кои ги опфаќаат човековите права.

Градејќи се на основните документи, другите меѓународни договори за човековите права се фокусираат или на други специфични групи или категории на население, како на пример на расни малцинства, жените и децата или на специфични прашања, како на пример тортурата.

Сите документи со кои се гарантираат човековите права и слободи содржат членови кои се однесуваат на здравјето и со кои директно или индиректно

се гарантира и штити правото на здравје. Земајќи ја во предвид нормативната рамка на човековите права која е применета во здравството, одредбите за човековите права треба целосно да се разгледаат. За таа цел трудот ги анализира документите со кои се гарантираат основните човекови права, како и оние кои ги уредуваат правата на човекот во здравството, медицината, биоетиката, социјалната заштита итн.

Наведените документи се прифатени, ратификувани во сите земји на Европската Унија и се настојува земјите – кандидати и земјите – аспиранти да ги почитуваат и применуваат договорите со кои се гарантираат, штитат човековите права и да учествуваат во сите акции за нивно понатамошно развивање и унапредување.

Владите слободно одлучуваат дали ќе ги прифатат договорите за човекови права. Меѓутоа, еднаш кога ќе одлучат, сепак, постои обврска да дејствуваат во согласност со одредбите на договорот за кој станува збор.

## ***1.1. Меѓународно оїределување на човековиїе їрава и їравата їоврзани со здравїеїо***

### ***1.1.1. Орїанизација на обединеїиїе нации***

Организацијата на обединетите нации е меѓународна организација која можеби има најзначајна улога во заштитата на човековите права и слободи. Основана е на 20 јуни 1945 година, за три години подоцна да го усвои документот кој претставува основа за човековите права и слободи. Сите 192 земји – членки на Организацијата на обединетите нации се залагаат за решавање на меѓународните, економски, социјални, културни и хуманитарни проблеми и унапредување

на човековите права и основни слободи. Оваа цел се содржи во Повелбата на Организацијата на обединетите нации, со која се основа и е потпишана од сите земји – членки.

Европската Унија и Организацијата на обединетите нации ги делат истите вредности и принципи за унапредување и консолидирање на човековите права и слободи за сите луѓе. Сите 27 членки на Европската Унија се и независни членки на Организацијата на обединетите нации, а некои се и нејзини основачи.

Во последниве години ЕУ игра значајна улога во рамките на Организацијата на обединетите нации. Гласовите на нејзините земји претставуваат една осмина од вкупниот број гласови во ОН. Исто така, ЕУ претставува најголем финансиски соработник на Организацијата на обединетите нации и тоа не само во редовниот буџет, туку и за финансирање на официјална развојна помош и мировни мисии.

Република Македонија е членка на Организацијата на обединетите нации од 1993 година. Денес во Македонија има 12 организации кои го сочинуваат поширокото семејство на ООН: УНДП, УНХЦР, СЗО, МОТ, Светска банка, ММФ и други.

### ***1.1.2. Универзална декларација за човекови їрава 1948***

Генералното собрание на Организацијата на обединетите нации на 10 декември 1948 година ја усвои Универзалната декларација за човековите права. Оттогаш до денес, таа претставува камен темелник за основните слободи и права на сите луѓе. Декларацијата е основа на меѓународното право во доменот на човековите слободи и права, а со текот на времето стана и дел од заедничките стандарди, вградени во уставив-

те на речиси половина од државите членки на ООН, вклучувајќи го и Уставот на Република Македонија.

Преамбулата на Универзалната декларација за човекови права смета дека човековите права и еднаквоста се очигледно, „најголема желба на обичните луѓе“ и „темелите на слобода, правда и мир“. Општествениот прогрес и подобриот стандард на живот со поголема слобода се нејзиниот темелник.

Универзалната декларација за човекови права има триесет члена кои претставуваат израз на признавањето на вроденото достоинство и на еднаквите и неотуѓиви права на сите членови на човештвото и се темелите на слободата, правдата и мирот во светот.

Непочитувањето и омаловажувањето на човековите права води кон варварски постапки што претставуваат навреда на човековата совест. Создавањето на свет во кој луѓето ќе ја уживаат слободата на говор и убедување и ќе бидат ослободени од стравот од војна и сиромаштија претставува најголем идеал на човештвото.

Суштествена е неопходноста човековите права да бидат заштитени со закон, а човекот да не биде принуден последен излез да бара во побуната против тиранијата и угнетувањето.

Токму затоа првиот член на Декларацијата претставува мото на заложбите за почитување и унапредување на човековите слободи и права:

„Сите човечки суштества се раѓаат слободни и еднакви по достоинство и права. Тие се обдарени со разум и свест и треба едни кон други да постапуваат во духот на братството“ (член 1).

„Сите права и слободи наведени во оваа Декларација им припаѓаат на сите луѓе, без оглед на нивните разлики, како што се: раса, боја, пол, јазик, религија, политичко или друго убедување, национално или

општествено потекло, сопственост, раѓање или друг статус“ (член 2).

Декларацијата е достапна на 360 јазици, што ја прави најпреведуван документ на светот.

Нациите (државите) легитимно ја спроведуваат низ своите акции, вклучувајќи го своето правно и политичко обраќање на национално и меѓународно ниво. На пример, делови од УДЧП се цитирани во многубројните уставни, и владите секогаш се повикуваат на УДЧП кога обвинуваат други влади за нарушување на човековите права. Спогодбите се законско обврзувачки, но само кај државите кои станале нивни членки. Државите – потписнички прифаќаат одредени постапки и одговорности, вклучувајќи и периодично предавање на извештаи за нивната согласност во врска со важните одлуки на текстовите.

Денес, правото на здравје се прогласува за темелно човечко право во низа светски и национално релевантни документи, декларации, конвенции, протоколи и повелби како и Устави и закони.

Универзалната декларација за човекови права, директно не го гарантира правото на здравје како човеково право, меѓутоа, правото на здравје е поврзано со неколку основни права и зависи од нивното остварување. Од таму, не смее да се игнорираат следните членови:

Член 1

Сите луѓе се раѓаат слободни и еднакви

Член 2

Секој има право на живот, слобода и лична сигурност

Член 25

Секој има право на животен стандард кој ќе овозможи здравје и добросостојба на него и неговото семејство.

### 1.1.3. Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права

Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, усвоен во 1966 година и стапува на сила 1976 година, се повикува на Универзалната декларација за човекови права. Прецизира дека секоја држава која ќе ја потпише оваа декларација на секој човек му го признава правото на социјална сигурност, вклучувајќи социјално осигурување (член 9).

Децата и младите треба да бидат заштитени од економска и социјална злоупотреба. Вработување на работни места кои го загрозуваат нивниот морал и здравје и се опасни по нивниот живот или можат да наштетат на нивниот развој, треба да бидат казнети со закон (член 10–2).

Членот 12 од оваа декларација го признава правото на уживање на највисоки можни стандарди за физичко и психичко здравје. Мерките кои се преземаат за остварување на целите од овој член, вклучуваат:

- а) намалување на стапката на мртвородени и смрт на деца
- б) подобрување на сите облици на индустриска хигиена и хигиена на околината
- в) превенција, лечење и надзор на болести
- г) создавање услови во кои сите луѓе ќе имаат обезбедено лекарска нега во случај на болест.

Остварувањето на овие цели е директно поврзано со остварувањето на правото на здравје. Достапни, ефикасни установи за здравствена заштита ќе обезбедат заштита, превенција и спречување болести за севкупното население, здрава животна средина е еден од факторите кои влијае на остварувањето на правото на

здравје. Спречување од ризици при работа се неопходни за да се осигури дека здравјето и безбедноста на работа се предвидени со закон и се спроведуваат во пракса итн.

### 1.1.4. Конвенција за правата на децата

Конвенцијата за правата на децата е усвоена од Организацијата на обединетите нации во 1989 година и поаѓајќи од Женевската декларација за правата на децата од 1924 година, претставува карика во ланецот на документи за правата на децата. Во единствен законски инструмент, одобрен од меѓународната заедница и на јасен начин се изразуваат правата кои му припаѓаат на секое дете, без оглед каде е родено, кој го родил, без оглед на полот, религијата, општественото потекло или социјалниот статус. Правата наведени во Конвенцијата за правата на децата, се права за сите деца, насекаде. Покрај правото на живот, државите потписнички се обврзуваат во најголема можна мера да обезбедат раст и развој на секое дете што е директно условено од процесот на почитување и остварување на правото на здравје ([www.unicef.org/crc/convention.htm](http://www.unicef.org/crc/convention.htm)).

Следните членови се однесуваат на почитувањето и остварувањето на правото на здравје:

#### Член 23

1. Душевно или телесно хендикепирано дете мора да ужива пристоен живот во услови кои обезбедуваат достоинство и целосно учество во општествените активности.
2. Осигурен пристап до службите за здравствена заштита

3. Државите потписнички се обврзуваат да разменуваат новости и информации поврзани со здравствената заштита.

Членот 24 во целост е посветен на здравјето и здравствената заштита.

#### Член 24

1. Се признава правото на детето на уживање највисоки стандарди за здравје и установи за лечење. Секоја држава ќе се труди на ни едно дете да не му биде скратено правото на пристап кон службите за здравствена заштита. Ќе се залага за целосно остварување на ова право и ќе презема соодветни мерки:
  - А) за да ја смали смртноста на новороденчиња и деца;
  - Б) за да гарантира здравствена помош и грижа на секое дете и да тежнее кон развој на примарната здравствена заштита;
  - В) за да се бори против болести и неисхранетост;
  - Г) за да обезбеди сигурен пристап на родителите до информации за детското здравје, исхраната, предностите на доењето итн.
  - Д) за да развива превентивна здравствена заштита, советувалишта за планирање семејство.
2. Преземање соодветни мерки за укинување на традиционални постапки кои можат да наштетат на здравите деца.

Во член 12 е истакнато дека државите потписнички ќе обезбедат слободно изразување на детето со тоа оставајќи можност за негово учество во постапките за известување, одлучување, согласност во сите си-

туации кои се поврзани со негова здравствена заштита и грижа.

Членот 25 го признава правото на детето, кое меродавните властите го ставиле под своја заштита, заради згрижување или нега на неговото телесно или душевно здравје, на привремен надзор над дадената медицинска/здравствена нега и сите останати околности поврзани со заштитата.

Конвенцијата дава еднаква важност на сите права на детето и не ги става во никаков хиерархиски однос. Овој документ носи нова визија за детето во која тоа не е сопственост на родителите, ниту беспомошен објект на милосрдие и потреба за хуманост. Децата се човечки суштества и носители на сопствени права. Детето се третира како поединец и член на семејството и заедницата, со права и одговорности соодветни за неговата возраст и степенот на психофизички развој. Препознавајќи ги правата на детето на тој начин, Конвенцијата цврсто се насочува на комплетноста на детето.

Во 1990 година, донесен е уште еден важен документ – Светска декларација за опстанок, заштита и развој на децата. Во делот Задачи, под точка 10, на прво место стои: подобрување на здравјето и исхраната на децата; намалување на смртноста на новороденчињата и малите деца, превенција на болести. Во делот Обврски, пак, може да го прочитаме следново:

(1) „Ќе вложиме вистински напори на национално и меѓународно ниво да се подобри здравјето на децата, да се унапреди пренаталната грижа и да се намали смртноста на децата и доенчињата во сите земји и меѓу сите народи“.

Направен е и план за примена на Светската декларација за опстанок, заштита и развој, во која има посебно поглавје именувано Здравјето на децата.

*1.1.5. Конвенција за заштита на човековите права и достоинство, во поглед на примената на биологијата и медицината*

На човековите права се гледа како на важен елемент при регулирањето на прашања поврзани со науката, клонирањето, истражувањата, клиничките експерименти и медицинската практика. Станува збор за област која со посебен сензибилитет настојува да ги регулира етичките проблеми покрај заштитата на основните човекови права. Овие документи имаат цел да ги заштитат луѓето од злоупотреба и штетни последици особено во случаи кога се следат резултати од истражувања, медицински експерименти на луѓе и/или ризични тераписки и дијагностички постапки итн. На етичкиот карактер во вакви ситуации треба да внимаваат и истражувачите и застапниците на пациентите и на крајот, самите пациенти. Во согласност со тоа, донесени се неколку важни меѓународни документи. Меѓу најважните се: Општата декларација за човековите права и човековиот геном, усвоена од UNESCO 1997, потоа, Конвенцијата за заштита на човековите права и достоинството на луѓето во поглед на примената на биологијата и медицината (Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, <http://www.coe.fr//eng/legaltext/164.htm>).

Во Конвенцијата за заштита на човекот и неговото достоинство во поглед на примената на биологијата и медицината е истакнато дека земјите потписнички треба да го штитат достоинството и идентитетот на сите човечки суштества без никаква дискриминација, како и нивните права и слободи во однос на здравјето при примена на биологијата и медицината.

Поаѓајќи од членот 1.1. „Забранета е секоја постапка за создавање човечко суштество, генетски исто со друго човечко суштество, било да е живо или мртво“, јасно е нагласена премисата која го става интересот и добростостојбата на луѓето над интересите и добростостојбата на општеството или науката.

Второто поглавје и членовите 5,6,7,8 и 9 се посветени на прашањето за согласност. Поглавјето 3 и членот 10 го регулира приватниот живот и правото на информираност, додека поглавјето 4 (човековиот геном) членот 11 нагласува дека е забранет секаков облик на дискриминација врз основа на генетско наследство. Членот 12 говори за предвидувачки тестови, членот 13 за зафати на човековиот геном, членот 14 за забрана на користење постапки за избор на полот на идното дете, освен со цел избегнување на некои опасни наследни болести поврзани со полот на детето. Поглавјето пет и членовите 15,16,17 и 18 ги регулираат научните истражувања. Во членот 18.1. стои: „Кога законот дозволува истражувања на зачнувања со метода на вонтелесно оплодување (ин витро), мора да осигура и соодветна здравствена заштита“; а во 18.2. „Забрането е создавање ембриони во истражувачки цели“. Поглавјето шест, во членовите 19,20,21 и 22 ги обработува прашањата за отстранување органи и ткива од живи дарители заради трансплантација: „Телото на човекот и неговите делови не смеат како такви, да бидат извор на парична заработувачка“. Членот 22 посочува дека „кога во тек на оперативен зафат се отстранува некој дел од телото на човекот, може да се употреби за друга намера од планираната, единствено ако се почитува правото на информираност и согласност на пациентот“.



Една година подоцна, во Париз, е усвоен Дополнителен протокол на Конвенцијата за заштита на човековите права и достоинство, во поглед на примена на биологијата и медицината, кој се однесува на клонирањето (Additional Protocol to the Convention for the Protection on Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine, on Prohibition of Cloning Human Beings, <http://www.coe.fr/eng/legaltxt/168e.html>).

Данска, Естонија, Финска, Франција, Грција, Португалија, Романија, Сан Марино, Словенија, Шпанија, Шведска, Турција, Германија, Велика Британија и Македонија не се потписнички на Конвенцијата, а со тоа и на Протоколот.

Треба да се знае дека овие документи содржат само одредени примери, а целта им е да се укаже на комплексноста на феноменот на заштита на здравјето и човековите права, со кој се соочува современото човештво и за чија сложеност треба да биде свесен секој кој сака да учествува во процесот на одлучување како одговорен и информиран граѓанин.

Клучна улога во контролата над заштитата на човековите права и етичките принципи во областа на медицината и здравството, на ниво на здравствени и научно-истражувачки институции, добива институцијата на Етичка доверба, која во некој земји е воведена уште во седумдесеттите години на минатиот век. Брзиот развој на полето на биомедицинските науки и биотехнологијата наметна разликување на институциите за етичка доверба, од локално до регионално, национално и меѓународно ниво, при што клучните улоги ги преземаа Европската Унија и УНЕСКО на пример.

Освен наведените документи во ова поглавје, постојат и многу други декларации и конвенции, кои

се изградени врз основа на суштината на документите и се усвоени на меѓународно и регионално ниво. Тие се насочуваат или на конкретни носители на права (како што е Меѓународната конвенција за отстранување на сите форми на расна дискриминација, која е стапена во сила во 1969; Конвенцијата за отстранување на сите форми на дискриминација против жените, 1981; Конвенцијата за правата на децата, 1989) или прашања (како што се Конвенцијата против тортура и друго насилство, нечовечно или понижувачко однесување или казнување, стапени во сила во 1987; Декларација за отстранување на сите форми на интолеранција и дискриминација заснована врз религија или вера, 1981).

## ***1.2. Регионално определување на човековите права и правото на здравје***

### ***1.2.1. Документи на Советот на Европа***

Советот на Европа е основан во 1949 година и се обидува да се осигура дека основните вредности, како што се човековите права, демократијата и владеењето на правото, да се почитуваат во Европа.

Советот на Европа има 47 земји и претставува 800 милиони луѓе, со што го опфаќа речиси целиот европски континент. Сите 27 земји – членки на ЕУ се и членки на Советот на Европа. Република Македонија станала членка во 1995 година. Советот на Европа како чувар на човековите права настојува сите држави во Европа да ги почитуваат човековите права и слободи, што е основниот услов за членство во Советот. „Секоја држава во Европа може да стане членка на Советот на Европа доколку го прифаќа принципот на владеење на правото и ги гарантира човековите права и фунда-

ментални слободи на сите што потпаѓаат под нејзина јурисдикција“ (од Статутот на Советот на Европа).

Основните цели на Советот на Европа е да обезбеди ефикасна контрола и заштита на човековите права, идентификување на нови закони за човековите права и човековото достоинство, развивање на јавната свест за важноста на човековите права и унапредување на образованието. Советот на Европа се фокусира на развојот на европската здравствена политика врз етичка основа и тоа преку ангажмани во следниве области:

- Комбинирање на агендите за човекови права, социјална кохезија и здравјето;
- Хармонизирање на здравствените политики на земјите членки во однос на безбедноста и квалитетот;
- Развивање на едукација за превенција и здравје;
- Промовирање на праведен пристап до здравствена заштита, права на пациентите, партиципација на граѓаните и заштита на ранливите групи (Совет на Европа: 2006, 57).

Советот на Европа, во остварувањето на човековите права, поаѓа од Основната декларација за човекови права, Европската Конвенција за заштита на човековите права и основни слободи, од 1950, Европската Социјална повелба од 1961, Конвенцијата за превенција од тортура (1987) итн.

Најголемо достигнување на Советот на Европа е Европската конвенција за човекови права. По донесувањето на оваа конвенција, Советот продолжува да работи во насока на заштита на човековите права, на ниво на Европа и е покровител на околу 200 спогодби на различни теми за заштита на човековите права во различни области. Меѓу најпознатите се: Европската

социјална повелба од 1961 година, Европската конвенција за превенција од тортура, нехумано и понижувачко постапување и казнување од 1987 година и Рамковната конвенција за заштита на државните малцинства од 1995 година.

### *1.2.2. Евројска конвенција за заштитата на човековите права и основни слободи*

Европската конвенција за заштита на човековите права и основни слободи е првата конвенција на Советот на Европа. Усвоена е во Рим, во 1950 година, а стапила на сила во 1953 година. Таа претставува потврда на Универзалната декларација за човекови права од страна на европските земји, кои се залагаат за истите идеали и вредности. Сите држави кои се членки на Советот на Европа ја имаат потпишано Конвенцијата и со тоа ги обезбедуваат основните човекови права и слободи. „Конвенцијата за заштита на човековите права и слободи на Советот на Европа е еден од основните услови за зачленување на многуте земји од Европа, кои претендираат да станат членки на престижното друштво“ (Трајковски: 2005, 148).

Гарантираните права, се остваруваат со помош на Европската комисија за човекови права, Европскиот суд за човекови права и Комитетот на министри на Советот на Европа.

Иако, Конвенцијата се однесува на граѓанските и политички слободи во европските демократии, во дел од правата може да се пронајде и правото на здравје.

Членот 2 го гарантира правото на живот, а со тоа и правото на здравје.

Членот 3 забранува мачење или нечовечко, односно понижувачко постапување или казнување, кои повторно се однесуваат на здравјето,

Секое мачење, тортура може да го наруши здравјето и да го загрози здравјето на сите луѓе.

За да се обезбеди почитување на обврските кои произлегуваат од оваа конвенција, се формираат Европската комисија за човекови права и Европскиот суд за човекови права. „Европската конвенција за заштита на човековите права и слободи не е единствениот меѓународен договор посветен на човековите права во современиот свет, но е уникатна по тоа што обезбедува нешто што е широко прифатено како најефикасен најнационален судски систем за поднесување жалби од страна на поединци и организации против нивните влади и иако поретко, на обвиненија за повреда сторени од држави-членки една против друга“ (Гриб: 206, 1).

Според членот 25, Комисијата може да прима петиции упатени до Генералниот секретар на Европскиот совет од секое физичко лице, невладина организација или група лица кои тврдат дека се жртви на повреда на правата признати со оваа конвенција. Надлежноста на судот ги опфаќа сите случаи кои се однесуваат на толкувањето или примената на оваа конвенција (член 45).

### *1.2.3. Европска социјална повелба*

Европската социјална повелба претставува дел од низата документи на Советот на Европа за заштита на човековите права. Со неа се регулирани правата и слободите и се воспоставува контролен механизам, со кој се гарантира нивното почитување од страна на земјите потписнички. По нејзиното ревидирање, пречистената Европска социјална повелба од 1996 година, која стапи на сила во 1999 година, постепено го замени првобитниот договор од 1961 година.

Во Република Македонија, Европската социјална повелба е потпишана во 1998 година, а ратификувана во 2005 година.

Правата поврзани со здравјето, во Повелбата се обработуваат во делот за здравство кој е меѓу останатите прашања за одомување, образование, социјална заштита, недискриминација. Правата кои се гарантирани во Европската социјална повелба, во областа на здравство, се дефинирани како:

- Достапни ефикасни установи за здравствена заштита;
- Политика за спречување болести, особено преку обезбедување здрава животна средина;
- Спречување на ризици при работа за да се осигура дека здравјето и безбедноста на работа се предвидени со закон и се спроведуваат во пракса;
- Заштита при бременост и мајчинство (од Европската социјална повелба).

Механизам за заштита на правата, гарантирани од Повелбата, претставува Европскиот комитет за социјални права, кој ги проверува државите дали ги почитуваат одредбите; како и самите држави со тоа што доставуваат извештаи за имплементацијата на Повелбата во нивното законодавство и пракса.

### *1.2.4. Документи на Европската Унија*

Во 1977 година, Парламентот, Советот и Комисијата потпишале заедничка декларација, со која трите институции се обврзале на почитување на фундаменталните права при примена на своите овластувања. Во текот на годините биле усвоени низа други необврзувачки иницијативи, декларации и резолуции од страна

на институциите, биле заедно или поединечно. Меѓу нив се Заедничката декларација на трите институции од 1986 година, низа декларации и резолуции за расизмот и ксенофобијата на Европскиот совет, Декларацијата за фундаменталните права и слободи на Европскиот парламент од 1989 година, Повелба за фундаменталните социјални права на Заедницата од 1989 година итн.

Најзначаен документ за заштита на човековите права, донесен од Европската Унија, е Повелбата за фундаментални права на ЕУ. По многу дискусии за тоа дали Европската Унија треба да пристапи кон Европската конвенција за заштита на човековите права или да има сопствена повелба за правата, Европскиот совет во 1999 година започнал иницијатива за подготвување на Повелбата за фундаменталните права. Во декември 2000 година, на самитот во Ница, Комисијата, Парламентот и Советот свечено ја прогласиле.

Иако Повелбата беше замислена како дел од Уставот на ЕУ, пропаднатиот план за ратификација на Уставниот договор, придонесе таа да нема обврзувачки карактер. Сепак, нератификувањето нема големи негативни импликации. Политичките институции на ЕУ и судството ја користат како важна форма на правно насочување за постоењето и идентитетот на фундаменталните права што се заштитени како дел од правото на ЕУ (Крег и Бурка:2010, 413).

#### *1.2.5. Повелба за фундаменталните права на ЕУ*

Повелбата ги нагласува универзалните вредности на кои се темели Унијата, заеднички за сите земји – членки и поддршката на различни култури, традиции и идентитети во Европа.

Голем дел од Повелбата се заснова на Европската конвенција за човекови права (ЕКЧП), на судска-

та пракса на Европскиот суд на правдата и претходните одредби од правото на Европската унија.

Човековите права и слободи се поделени во шест дела, а последното поглавје ги содржитн. хоризонтални клаузули или општи одредби. Шесте поглавја се насловени како:

- I Достоинство
- II Слободи
- III Еднаквост
- IV Солидарност
- V Граѓански права
- VI Правда

Основните права, како што се правото на живот, слобода од измачување, ропство и погубување се содржани во првото поглавје.

Второто поглавје е посветено на основните граѓански и политички слободи, што се наоѓаат во Европската конвенција за човекови права, како што се слободата, здружувањето, изразувањето, сопственоста и приватниот семеен живот, но дополнително содржи и одредени фундаментални социјални права, како што се правото на образование, правото на впуштање во работа и правото на азил, како и одреден број одредби што биле особено истакнати во контекст на ЕУ, како што е правото на заштита на податоците и слободата да се врши деловна активност (*ibid*, 414).

Третото поглавје содржи гаранција за еднаквост пред законот за сите, почитување на културна разноликост, правата на децата, на постарите лица и лицата со инвалидитет.

Поглавјето четири или „Солидарност“ одразува некои од одредбите на Европската социјална повелба. Ги покрива социјалните и работничките права, вклучувајќи го правото на фер услови за работа, заштита од

неоправдано отпуштање од работа и пристап до здравствена заштита. Ова поглавје главно содржи трудови права (забрана на детски труд, право на правични и праведни работни услови), потоа го содржи правото на бесплатни услуги за професионална ориентација, заштита на животна средина и заштита на потрошувачите. Ова поглавје биле многу критикувано поради слабата формулација на многу права содржани во него, а некои од нив воопшто не се формулирани како права и слободи (заштитата на животна средина и заштитата на потрошувачи).

Поглавје за граѓански права, загарантирани само за граѓаните на ЕУ, како што е правото на државјанство.

Шестото поглавје ги содржи правата на одбрана: право на правично судење, пресумпција на невиност, принципот на законитост и пропорционалност на казните и правото за ефективен правен лек.

Членот 51 (1) укажува дека Повелбата е упатена до институциите и телата на ЕУ, кои треба да ги „почитуваат правата, да ги следат принципите и ја промовираат нивната примена во согласност со соодветните овластувања“.

Повелбата содржи и членови кои се однесуваат на односот со други меѓународни документи, чии одредби ги пресликува или ги користи како пример. Членот 52 (3) се однесува на Европската конвенција за човекови права. „До оној степен до кој Повелбата содржи права, што соодветствуваат на правата загарантирани со Европската конвенција за заштита на човековите права и слободи, значењето и опсегот на тие права е ист како и на оние утврдени со наведената Конвенција. Оваа одредба не спречува правото на Унијата да предвиди поширока заштита“. Членот 53 од

Повелбата гласи дека „Ништо од таа Повелба нема да се толкува дека рестриктивно или неповолно влијае врз човековите права и фундаментални слободи, како што се признати во нивните соодветни полиња на примена, со правото на Унијата и меѓународното право и со меѓународните спогодби во кои Унијата, Заедницата или сите земји – членки се страни, вклучително и Европската конвенција за заштита на човековите права и фундаментални слободи, како и со уставите на земјите“.

И покрај тоа што Повелбата немала полн правен ефект, по нејзиното донесување се применува како важечка од институциите на ЕУ. Европската комисија спроведува ревизија за усогласеност во однос на Повелбата на сите законодавни предлози. Таа и во практика често ги цитирала и применувала одредбите. Исто и Европскиот омбудсман, во своите говори и годишни извештаи продолжил да упатува на одредбите од Повелбата, односно главно мерило за оценка на усогласеноста со човековите права, за Европскиот омбудсман, е Повелбата за фундаментални права ([www.ombudsman.europa.eu/speeches/en/2006.04-28.htm](http://www.ombudsman.europa.eu/speeches/en/2006.04-28.htm)).

Со стапувањето на сила на Лисабонскиот договор (1 декември 2009 год.), Европската повелба за фундаментални права стана правно обврзувачка за институциите и земјите членки на ЕУ при примената на правото на ЕУ. Повелбата наведена во Договорот е обновена верзија на документот од 2000 година.

Европската комисија усвои стратегија, со која ќе се обезбеди ефикасна примена на Европската повелба за фундаментални права. Оттогаш Комисијата доследно проверува дали сите европски закони се во согласност со Повелбата во секоја фаза на законодавниот процес – од раната фаза на подготовка во

Комисијата, преку усвојувањето на нацрт – законите од страна на Европскиот парламент и Советот, до нивната примена во земјите членки на ЕУ. Комисијата ги информира граѓаните кога може да се интервенира за прашања од областа на фундаменталните права и објавува Годишен извештај за примената на Повелбата за да се следи остварениот напредок. На овој начин Комисијата реагира на повикот од страна на Европскиот парламент.

#### *1.2.6. Европската повелба за правата на пациентите*

Европската повелба за правата на пациентите е изработена од Мрежата на активно граѓанство во Европската Унија, во 2002-та година. Во Преамбулата се истакнува дека заедничката здравствена и социјална политика на ЕУ, и покрај разликите во националните здравствени системи, еднакво ги третира правата на пациентите, потрошувачите, корисниците, членовите на семејството, ранливите групи и обичните луѓе изложени на ризик.

Во неа е земена предвид различноста на националните здравствени системи на земјите од Европската Унија. Како и реалноста во која се наоѓаат нивните здравствени системи, здравствените политики, регулативи и органи за заштита на правата на пациентите. Свесноста дека некои од земјите имаат воспоставено комплетен систем за заштита на пациентите, додека други можеби немаат ништо од горенаведеното, се препорачува Повелбата, како насока кон подобро спроведување на законската регулатива во различни национални контексти и за хармонизација на националните здравствени системи на земјите – членки и кандидатите за членство во ЕУ, во процесот на про-

ширување и подобрување на слободата на движење во Европската Унија.

Првиот дел е посветен на основните човекови права и слободи. Европската повелба за фундаменталните права претставува појдовна точка на Европската повелба на правата на пациентите. Тука правото на здравје се забележува во членот 35, кој пропишува одредба за правото на здравствена заштита како „право за пристап до превентивна здравствена заштита и право на медицински третмани под услови пропишани во националните закони и практики“.

Членот 35 вели дека Унијата мора да гарантира „висок степен на заштита на човековото здравје“, кога станува збор за здравјето како индивидуално и општествено добро, но и на здравствената грижа. Оваа формула поставува водечки стандарди за националните влади: не запирајте, на ниво на „минимум загарантирани стандарди“, туку стремете се кон највисоко ниво и покрај разликите во капацитетот на различните системи за обезбедување услуги.

Покрај членот 35, Повелбата за основните човекови права содржи многу одредби кои директно или индиректно упатуваат на правата на здравје, пред сè правото на живот: неотуѓивост на човечкото достоинство (чл. 1) и правото на живот (чл. 2); право на интегритет на личноста (чл. 3); право на безбедност (чл. 6); право на заштита на личните податоци (чл. 8); право на недискриминација (чл. 21); право на културна, верска и јазична различност (чл. 22); права на детето (чл. 24); права на постарите (чл. 25); право на фер и праведни работни услови (чл. 31); право на социјална сигурност и социјална помош (чл. 34); право на заштита на животната околина (чл. 37); право на заштита на потрошувачите (чл. 38); слобода на движење и избор на живеалиште (чл. 45).

Вториот дел од Повелбата се правата на пациентите кои севкупно се одразуваат на правото на здравје и треба да имаат третман на основни човекови права. Овој дел утврдува четиринаесет права на пациентите, кои произлегуваат од основните човекови права опишани погоре, но на поконкретен, поприкладен и поприменлив начин за сегашната состојба во здравствените системи во Европа.

Четиринаесетте права се:

1. Право на превентивни мерки
2. Право на пристап
3. Право на информации
4. Право на согласност
5. Право на слободен избор
6. Право на почитување на времето на пациентот
7. Право на почитување на стандардите за квалитет
8. Право на безбедност
9. Право на иновации
10. Право на избегнување на непотребно страдање и болка
11. Право на персонализирано лекување
12. Право на жалба
13. Право на надомест

Третиот дел од Повелбата ги претставува правата на активно граѓанство. За да се унапреди и верификува имплементацијата на погоре наведените права на пациентите треба да се истакнат и промовираат некои граѓански права. Тие главно се однесуваат на одредени граѓански групи (пациенти, потрошувачи, групи за застапување, групи за самопомош, волонтерски и „grass root“ организации итн.), кои имаат един-

ствена улога на поддршка и помош на поединците во заштитата на нивните права.

1. Право на спроведување активности од општ интерес
2. Право на спроведување активности на застапување
3. Право на учество во градење на политика во областа на здравството

### ***1.3. Документи на Светската здравствена организација значајни за правото на здравје како човеково право***

#### ***1.3.1. Светска здравствена организација***

Светската здравствена организација е задолжена за управување и координација на службите за здравство во рамките на системот на Организацијата на обединетите нации. Активностите на Светската здравствена организација го промовираат правото на здравје како универзално право и ги обединуваат земјите ширум светот во неговото остварување.

Европската Унија претставува важен актер во меѓународните и глобални работи и е силен поддржувач на системот на Организацијата на обединетите нации. Седиштето на Светската здравствена организација овозможува соработка со Европската Унија и нејзините институции. Главен партнер на СЗО од институциите на ЕУ претставува Европската комисија, со која соработува со различни нејзини служби во согласност со заедничката агендата, визиите и вредностите.

Европската комисија остварува долгогодишни билатерални односи со СЗО. Нивната комуникација се

одвива преку размена на писма за соработка, особено за приоритетни области: здравствени информации, заразни болести, здрава животна средина, контрола на здравјето итн.

Канцеларијата во Брисел има за цел да ја поддржува оваа соработката и тоа преку:

- Набљудување на здравствената агенда на ЕУ; контролира, анализира и интерпретира настани поврзани со здравјето во земјите на ЕУ;
- Размена на информации поврзани со здравјето меѓу ЕУ и СЗО;
- Поддршка на Европската комисија и другите институции на ЕУ за работи поврзани со здравјето;
- Поддршка за формирање нови или ажурирање на постоечките договори за соработка.

### 1.3.2. Декларацијата од Алма – Ата

Декларацијата од Алма – Ата „Здравје за сите 2000“ е усвоена на Меѓународната конференција за примарна здравствена грижа, во Казахстан 1978 година. Таа ја изразува потребата од акција на сите влади, здравствени работници и светската заедница за заштита и унапредување на здравјето за сите луѓе во светот. Ова е првата Декларација која укажува на значењето од примарната здравствена заштита и социјалната правда и еднаквост во нејзиното остварување.

Социјалната аспекти на обидот на Светската здравствена организација да ја потенцира важноста за промовирање на здравјето, дефинирана како „постапка која им овозможува на луѓето да ја зголемат контролата на своето здравје и да го подобрат истото преку идентификација и реализација на желбите, да ги задоволат потребите и да ја променат или да се при-

лагодат на средината, беа нагласени во Декларацијата на Алма – Ата, која го опишува здравјето како општествена цел чија реализација бара акција на многу други социјални и економски сектори, како дополние на здравствениот сектор (Declaration of Alma – Ata Health for all by the year 2000, <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>).

Со оваа Декларација уште еднаш се потврдува дека здравјето како состојба на севкупна физичка, психичка и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или немоќ е фундаментално човечко право и широм светот најважна општествена цел, за чија реализација има потреба од преземање акции на низа општествени, економски и здравствени сектори.

Доколку ја анализираме Универзалната декларацијата за човекови права, Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права или Декларацијата од Алма – Ата, можеме да забележиме дека за разлика од социјалното осигурување, здравствената заштита и здравственото осигурување поретко се нагласуваат како институционални механизми во процесот на заштита и унапредување на здравјето. Исто така, можеме да забележиме утилитаристички и селективен пристап кој се назира во издвојувањето одредени групи популација (на пример вработени, жени, деца), односно групи болести (на пример заразни, епидемски, ендемски, професионални, психички) (Belicza: 2000, 199).

Насочувајќи се на примарната заштита како метод за постигнување достапна здравствена заштита за сите, Декларација успеа да ја постави примарната заштита како приоритетна цел на многу земји и на тој начин да обезбеди нови насоки во здравствените политики и на развиените земји – членки и на земјите во



развој. Во Декларацијата уште се наведува дека: „Сите влади треба да формулираат национална здравствена политика, стратегии и планови, да ги мобилизираат политичката волја и средствата и да ги употребуваат рационално за да обезбедат примарна здравствена заштита за сите луѓе“ (<http://www.who.dk.policy/almaata.htm>).

### 1.3.3. Повелбата од Отава

Нови парадигми за развој и планирање на нови стратегии за остварување на здравјето како основно човеково право за 21 век, можат да се забележат кон крајот на осумдесеттите години на минатиот век, кои се продолжение на Декларацијата од Алма – Ата „Здравје за сите до 2000 година“.

Сведоци сме дека таа цел не е остварена до крај. Но, учесниците на Првата меѓународна конференција за промоција и унапредување на здравјето, одржана во Отава 1986 година, очигледно имале надеж дека таа цел би можела да се оствари, за што потврдува и усвоениот документ од таа конференција.

Повелбата од Отава, Канада (1986 година) претставува прва меѓународна конференција за унапредување на здравјето. Во неа се наведени пет области важни за унапредувањето на здравјето и тоа:

- Градење на јавното здравство (вклучувајќи го законодавството, фискалните мерки, такси и даноци и организациски промени.
- Создавање соодветна околина – природна, здрава околина.
- Јакнење на општествената свест (учество на граѓаните во донесувањето одлуки кои се однесуваат на здравјето).
- Едукација на населението.

- Преориентирање на центрите кои нудат здравствена грижа кон превенција од болести и унапредување на здравјето (Charter for action to Achieve Health for all by 2000 and beyond, Ottawa charter for health promotion, international conference on health promotion: The movie towards a new public health).

Развојот на овие области е основна подлога за создавање и почитување на правото на здравје. Во воведот е појаснето како самата Конференција е одговор на зголемените очекувања на новото движење на јавното здравство во светот. Кажано е дека учесниците на Конференцијата ја насочиле расправата на потребите на индустријализираните земји, земајќи го предвид истовремено и интересот на другите земји. Многу е важно да се забележи дека кон крајот на осумдесеттите години се забележува нов пристап кон промоција на здравјето:

Промовирањето на здравјето е процес кој ги оспособува луѓето да го подобрат здравјето и контролата над своето здравје. Да се обезбеди состојба на целосно физичка, ментална и социјална благосостојба, поединците и групите мораат да бидат способни да ги идентификуваат и реализираат своите стремежи, да ги задоволат своите потреби итн. Значи, на здравјето се гледа како на извор/предуслов за секојдневен живот, а не како на цел на животот. Здравјето претставува позитивен концепт со кој се нагласуваат општествените и личните ресурси, како и физичките одлики. Заради тоа, унапредувањето на здравјето не е исклучива одговорност на здравствениот сектор, влијание има и здравиот стил на живеење, благосостојбата итн. Предусловите за здравје или итн. клучни основи и изво-

ри се: мир, живеалиште, образование, храна, приход, стабилен еко – систем, оддржливи материјални средства, општествена праведност и еднаквост.

Во согласност со тоа, во Повелбата се зазема следниот став: „Доброто здравје е главниот извор за општествен, економски и личен развој и важна димензија за квалитетот на животот. Политичките, економските, културните, еколошките, бихевиоралните и биолошки фактори, сите заедно придонесуваат за добро здравје или му штетат. Унапредувањето на здравјето, подразбира овие фактори да ги направи корисни за здравјето. Промоцијата на здравјето тежнее кон постигнување на еднаквост во здравјето, односно намалување на разликите на моменталната состојба на здравјето на луѓето и обезбедување еднакви можности и средства на сите луѓе да го остварат највисокиот степен на можно здравје. Тоа значи здрава околина за живеење, достапност на информации, здрав начин на живот и можност за донесување здрави одлуки. Луѓето не можат да остварат добро здравје, доколку немаат можност за контрола над факторите кои го оградуваат нивното здравје.

Според Повелбата за унапредување на здравјето од Отава, елементи на унапредување на здравјето се:

1. Во однос на здравствените прашања, го гледа населението во целина, во секојдневниот живот, како и луѓето изложени на ризик од специфични болести;

2. Насочува активности кон факторите на ризик или причините за болест и смрт.

3. Дејствува во правец на наоѓање и санирање на факторите на ризик во заедницата, кои негативно влијаат на здравјето;

4. Ги поттикнува факторите кои придонесуваат за подобро здравје на населението;

5. Иницира акции против штетните влијанија, вклучувајќи комуникација, образование, законска регулатива, фискални мерки, организациска улога, развој на заедниците и спонтани локални активности;

6. Подразбира локално учество во дефинирањето на проблемите и донесување одлуки за дејствување.

7. Застапува релевантни еколошки, здравствени и општествени стратегии;

8. Го охрабрува учеството на здравствените работници во здравствената едукација и застапување на здравствените права.

#### *1.3.4. Амстердамската декларација*

Меѓу овие документи најзначајна е Амстердамската декларација, затоа што Европската Унија како основно го заштитува правото на здравје и правата на пациентите врз основа на оваа Декларација. Во деведесеттите години, меѓународната заедница го нагласува значењето на правата на пациентите преку дефинирање на принципите и стратегиите за промоција на правата во рамките на реформските процеси во здравствениот сектор. Како резултат на тоа, во 1994 година, во Амстердам, Светската здравствена организација – Регионална канцеларија за Европа ја усвојува Декларацијата за унапредување на правата на пациентите (Амстердамска декларација).

Во донесувањето на оваа Декларација учествуваа членови на 36 земји и таа ги дефинира принципите и стратегиите за промоција на правата на пациентите во контекст на здравствените реформи на повеќе земји.

Земјите на Европската Унија во заштитата на правата на пациентите се водат според прописите на Амстердамската декларација. Правата на пациенти-

те од оваа декларација се определени како право на грижа и третман, право на информација, право на доверливост, право на приватност, право на заштита и пристап до медицинска документација и право на заштита на пациентите при остварување на здравствена заштита. Во Амстердамската декларација, членот 121 нагласува дека „треба да постојат независни механизми на институционално (и на друго ниво) за да се олеснат процесите на поднесување жалба“. Токму оваа одредба, односно можноста на пациентите да се жалат до органи наменети за таа цел, можеби најмногу придонесува земјите да имаат таков однос кон заштитата на правата на пациентите.

Иако оваа Декларација е задолжителна за сите земји, како тие ќе ја применат зависи од нив самите, од нивните политики, пракса и законодавство во однос на поддршката на правата на пациентите. Декларацијата ги зема предвид националните разлики меѓу земјите, нивните здравствени системи, економските услови, социјалните, културните и етичките вредности, но има и одреден заеднички пристап кој може да биде прифатен без разлика на околностите на секоја земја.

На тој начин Унијата ги охрабрува сите заинтересирани земји да ги прифатат стратегиите за имплементација на европскиот здравствен систем, кој ги содржи следниве елементи:

- регулација на законодавството, конкретизирање на правата, обврските и одговорностите на пациентите, здравствените работници и здравствените установи,
- медицински и други професионални кодови,
- развиена мрежа на комуницирање меѓу пациентите и групите кои обезбедуваат здравствена заштита,

- поддршка на невладини организации кои работат во полето на заштита на пациентите од страна на владата,
- вклученост на медиумите во информирањето за заштита на пациентите,
- подобра обука на здравствените работници.

(European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam, 1994:121).

### 1.3.5. Декларацијата од Цакарта

Три години подоцна, во 1997 година, во екот на сè посилното воведување на пазарните механизми во составот на здравството, направен е чекор понатаму во унапредувањето на здравјето. Во Цакарта се одржа четвртата меѓународна конференција за промоција на здравјето, под мотото „Промоција на здравјето во 21 век“.

Декларацијата постулира дека „Промоцијата на здравјето е клучна инвестиција“. Здравјето е основно човеково право и е важно за развојот на целото општество. Сè почесто се гледа на унапредувањето на здравјето како на суштински предуслов за развој на здравјето. Тоа е процес кој ги оспособува луѓето да ја зголемат контролата над здравјето и со тоа, да го подобрат. Подобрувањето на здравјето, преку вложување во него, има пазарно влијание на одредниците на поимот здравје, така што остварувањето на добро здравје претставува добивка и значајно ја намалува нееднаквоста во здравјето, ги унапредува човековите права и го зголемува општествениот капитал. Крајната цел е да се зголеми нивото на очекувано здравје и да се намалат разликите во здравјето меѓу земјите и групите.

Приоритетите за подобрување на здравјето во 21 век, се дефинирани како унапредување на општест-

вената одговорност. Јавноста, како и приватниот сектор, треба да го развиваат здравјето преку политики и практики, кои:

- Го избегнуваат оштетувањето на здравјето на луѓето;
- Ја штитат околината и овозможуваат оддржливо користење на ресурсите;
- Ограничуваат производство и продажба на природно штетни материи како тутун, средства за наоружување, исто како обесхрабрување на нездрави облици трговија;
- Заштита на граѓаните на пазарот на трудот и на нивното здравје на работните места;
- Поголеми вложувања во развојот на здравството;
- Зацврстување и ширење на партнерството за здравје;
- Обезбедува инфраструктура за напредување во областа на здравјето.

Во повикот за акција, учесниците на конференцијата ја заклучуваат потребата од:

- Зголемување на свеста за промените на одредниците на здравјето;
- Поддршка за развивање соработка за развој на здравјето;
- Мобилизација на средства потребни за унапредување на здравјето;
- Транспарентност и одговорност во промоцијата на здравјето (The Jakarta declaration on leading health promotion in to the 21st century. Fourth international conference on health promotion, <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html>).

### 1.3.6. Документација за партнерство за здрави градови

Движењето за здрави градови е активно уште од 80-тите години на 20 век и претставува концепт за унапредување на здравјето. Во движењето се вклучени околу 18 земји со 375 града во Европа, Канада, САД, Велика Британија, Јужна Америка, Израел и Австралија. Што доведува до партнерство за здрави градови „Здрави градови, села, острови, заедници“ (Statement on Partnerships for Healthy Cities “Healthy Cities, Villages, Islands, Communities“, Fourth International Conference on Health Promotion), документ кој е усвоен во Џакарта во 1997 година. Овој документ истакнува дека „глобалното движење „Здрави градови“ кое опфаќа острови, села, комуни, градови, месни заедници, населби и мега – градови низ целиот свет, претставува успешна примена на стратегијата на Повелбата од Отава. „Здрави градови“ подразбира здрави училишта, работни места, опрема, пазар и други предуслови за здравствена заштита. „Здравите градови“ се одраз на човековиот дух и технологијата. Процесот на создавање здрави градови е практичен пример за соработка и партнерства меѓу локалната управа, кој вклучува различни оддели, жители, невладини организации, приватен сектор, локални организации и академски професии“.

Карактеристики на здравите градови се следниве:

1. Безбедна и чиста околина;
2. Долгорочно оддржлив и стабилен еко – систем;
3. Силна неексплоатирачка заедница која нуди поддршка;
4. Висок степен на учество/контрола на јавноста врз одлуките кои влијаат на нивниот живот и добросостојба;

5. Задоволување на основните потреби (храна, вода, прибежиште, приход, безбедност, работа) за сите жители на градот;
6. Широк спектар искуства и средства за контакти, интеракција и комуникација;
7. Различен, витален и иновативен град;
8. Поврзување со минатото – културно и биолошко богатство;
9. Форма, компатибилна со овие цели;
10. Оптимално ниво на јавно-здравствени и медицински услуги;
11. Висок здравствен статус, позитивно здравје, низок степен на болести (WHO, 1995)

### *1.3.7. Повелбата од Талин: здравствени системи за здравје и благосостојба*

Во Преамбулата стои забележано дека целта на оваа Повелба е да се обврзат земјите – членки на Светската здравствена организација од европскиот регион да го подобрат здравјето на луѓето преку јакнење на здравствените системи, во исто време уважувајќи ја општествената, културна и економска разноликост ширум регионот.

- Сите земји од европскиот регион на СЗО мора да одговорат на главните здравствени предизвици во контекст на демографските и епидемиолошки промени, растечките социо – економски разлики, ограничените ресурси, технолошкиот развој и зголемените очекувања (членот 1).
- Покрај својата оригинална вредност, подобреното здравје придонесува и за општествена добросостојба, преку своето влијание врз економскиот развој, конкурентноста и продуктивноста.

Високо развиените здравствените системи придонесуваат за економски развој и благосостојба, оттаму земјите на Европската Унија и потписнички на оваа Повелба, веруваат дека:

- Инвестирањето во здравјето е инвестирање во човековиот развој, општествената добросостојба и благосостојба;
- Денес е неприфатливо луѓето да осиромашат како резултат на влошено здравје;
- Здравствените системи се нешто повеќе од здравствена заштита и вклучуваат спречување на болести, промоција на здравјето и напори да се влијае на останатите сектори за да се одговори на здравствените грижи во политиките на тие сектори;
- Здравствените системи што добро функционираат се суштински за подобрување на здравјето;

Земјите – потписнички, според вредностите кои ги промовира Повелбата од Талин, се залагаат дека:

- ќе ги промовираат заедничките вредности на солидарност, еднаквост и учество преку здравствени политики, распределба на средства и други постапки, обезбедувајќи дека е посветено должно внимание на потребите на сиромашните и другите групи изложени на ризик;
- ќе инвестираат во здравствените системи и ќе поттикнуваат на инвестирање ширум секторите што влијаат на здравјето, користејќи ги доказите за поврзаноста меѓу социо – економскиот развој и здравјето;
- ќе промовираат транспарентност и ќе бидат одговорни за капацитетот на здравствениот систем;

- И најважно, заложбата за нивно создавање.
- ♦ Здравствените системи да имаат повеќе слух за потребите на луѓето, за тоа што тие претпочитаат и очекуваат, во исто време уважувајќи ги нивните права и обврски во однос на сопственото здравје;

Во Повелбата, исто така, стои дека Светската здравствена организација ќе ги поддржи своите европски земји – членки во развојот на нивните здравствени системи и ќе обезбеди координација меѓу земјите во имплементација на Повелбата, вклучувајќи и мерење на капацитетот и размена на искуства за горенаведените заложби.

#### *1.3.8. Меѓународен договор за Меѓународниите здравствени прописи*

Светското здравствено собрание, Асамблејата на Светската здравствена организација, што ги носи регулативите и прописите за меѓународното ширење на болестите, во мај 2005-та година ги усвои новите Меѓународни здравствени прописи, кои влегоа на сила во јуни 2007-та година. Овие прописи имаат форма на меѓународен мултилатерален договор на кој пристапиле 198 држави од целиот свет, вклучувајќи ја и Македонија.

Во Договорот е наведено дека целта и обемот на регулативите е „да го спречи, да се создаде заштита, контрола и да се обезбеди одговор од јавното здравство на меѓународното ширење на болестите, на начини што се сразмерни со и го намалуваат ризикот за јавното здравје и избегнуваат непотребно вpletкување со меѓународниот сообраќај и трговија“ (WHO:2008).

Начелата за почитување на човековите права, достоинството и слободите на луѓето се основа над која се градат Меѓународните здравствени прописи. Потоа, во десетте поглавја се наведени здравствените документи, мерките кои треба да преземаат во јавното здравство и препораките за решавање на проблемите.

Меѓународните здравствени правила на Светската здравствена организација се најактуелен документ според кој се води здравствената политика на Европската Унија и претставува основен меѓународен правен документ, од кој произлегуваат бројни активности на националните и мултилатералните здравствени власти за заштита на светското население од меѓународно ширење на болестите.

#### ***1.4. Национално определување на човековиите права и правото на здравје***

##### *1.4.1. Устав на РМ*

Уставот на Република Македонија е донесен на 17 ноември 1991 година. Втората глава од Уставот е резервирана за Основните слободи и права на човекот и граѓанинот. Притоа, тие се поделени на граѓански и политички слободи и права и економски, социјални и културни права. Третата точка од оваа глава се гаранциите на основните слободи и права. Нема член во Уставот на Република Македонија кој гласи: „Секој има право на здравје“, што значи дека Уставот не го гарантира правото на здравје како основно човеково право. Можеби таквата дефиниција е премногу тесна заради комплексноста на определбата на здравјето. Или пак, не постои свест за потребата правото на здравје да биде определено како основно човеково

право. Меѓутоа во поголем број членови индиректно се гарантира правото на здравје. Како на пример правото на живот (член 9), кое во поширока форма значи и право на квалитетен живот, право на среќа, право на здравје. Како и членот 11 кој забранува секакво нарушување на физичкото и моралното битие на човекот по пат на тортура, мачење, понижувачко однесување и присилна работа. Овој член во повисока форма значи и забрана на нарушување на здравјето заради тортура, мачење, понижувачко однесување и присилна работа.

Правото на здравје уште попрецизно се содржи во некои членови од групата економски, социјални и културни права. По конкретно тоа се членовите: 34 и 39. Членот 34 им го гарантира на граѓаните правото на социјална сигурност утврдени со закон и со колективен договор. Членот 39 го гарантира правото на здравствена заштита. Социјалната заштита, во потесна смисла го опфаќа и правото на помош на немоќни и неспособни граѓани и инвалидни лица итн. Правото на здравствена заштита, пак, Уставот го третира како право што е во интерес на човекот и заедницата. Затоа, според Уставот, граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.

Иако Уставот на Република Македонија се темели на граѓанско – либералниот демократски концепт и напредни демократски интенции и принципи, сепак, нашиот политички систем е сè уште недоразвиен и противречен и за сметка на тоа има недостатоци во гарантирањето на човековите права. Ниту пак постојат потполно исполнети услови за реализација на тие права. „И натаму постојат различни објективни и субјективни ограничувања кои се од економска, социјална, политичка и културна природа. Поставувајќи

го граѓанинот во средиштето на уставниот и политичкиот систем, Уставот на РМ само ги утврдува и санкционира слободите и правата и создава уставно – правни претпоставки за нивно реализирање“ (Климовски, 2000:248).

#### *1.4.2. Закон за здравствена заштита*

Здравствената заштита како социјална услуга на пациентите е утврдена во Уставот на Република Македонија од 1991 година. Во него се содржани норми кои директно или индиректно се однесуваат на правото на здравје. Евидентирано е дека здравствената заштита е главно регулирана како должност и одговорност на здравствените установи и на здравствените работници, а не како право на пациентите. Во Република Македонија поставеноста, систематизацијата, организационата структура и функционирањето на јавните здравствени установи се регулира со Законот за здравствена заштита донесен во 1991 година (Сл.весник на РМ, бр.38/91).

Законот за здравствена заштита од 1991 година, ги претставува основите на здравствена заштита во Македонија и го опфаќа уредувањето на здравствените услугите кои им се нудат на граѓаните и ја гарантира здравствената заштита како право на пациентите. Со овој закон е пропишано дека здравствената заштита ја сочинуваат: „Мерките, активностите и постапките за зачувување и за унапредување на здравјето, животната и работната средина, правата и обврските што се остваруваат во здравствената заштита, активностите и постапките кои ги преземаат организациите во областа на здравството за зачувување и унапредување на здравјето на луѓето, за спречување на заболувањата, повредите и другите нарушувања на здравјето, рано

откривање на заболувањата и состојбите на здравјето, навремено и ефикасно лекување и рехабилитација со примена на стручно – медицински мерки, активности и постапки“ (Закон за здравствена заштита, 1991, член 2).

Законот претрпе неколку измени и дополнувања во 1993, 1995 и 2004 година, сè до последниот Закон за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита од 16 јануари 2007 година (Сл. весник на РМ, бр. 05/07), со кој всушност се воведува нова правна рамка за започнување на предвидената реформа во здравствениот систем на Република Македонија. Со ова законско решение се овозможува правна основа за примена на нов модел на здравствен систем, прилагоден на спецификите на РМ и се обезбедува подобрување на раководењето со здравствени те установи.

Здравствената заштита во Република Македонија се спроведува преку организирана мрежа на здравствени организации. Таа се организира на три нивоа:

- Примарно
- секундарно и
- терцијарно

*Примарната здравствена заштита* е централна функција и главен фокус на здравствениот систем на земјата. Таа е главно средство за укажување на здравствена заштита и најпериферно ниво на здравствениот систем кое се протега од периферијата до центарот и претставува интегрален дел на економскиот и социјалниот развој на земјата.

Секундарната и терцијарната заштита треба појасно да ѝ служат и да ја поддржуваат примарната здравствена заштита, на тој начин што ќе се концентрираат на оние функции кои можат ефикасно да се

остварат во примарната. Секундарната здравствена заштита се обезбедува во специјалистичко – консултативни служби, општи и специјални болници, заводи и институти. Терцијарната здравствена заштита се обезбедува во клинички болници и Универзитетскиот клинички центар.

Терцијарната здравствена заштита е многу преоптоварена, затоа Здравствената стратегија на РМ до 2020 година предвидува да се подобри инфраструктурата на болниците, со што дел од работата ја превзема секундарната здравствена заштита. „Болничката здравствена заштита ќе се обезбедува во дефинирана мрежа на општи и специјални болници. Тие ќе ги задоволат потребите на локалното население, на кое му е потребна секундарна здравствена заштита со што ќе се намали притисокот кон терцијарната здравствена заштита“ (Министерство за здравство, 2008).

*Секундарната здравствена заштита* ја сочинуваат служби кои првенствено обезбедуваат секундарна здравствена заштита, која е поспецијализирана од онаа на најпериферното ниво и овој вид грижа ја укажува обучен персонал (лекари специјалисти од различни области на медицината)

*Терцијарната здравствена заштита* претставува специјализирана грижа за која се потребни високо специјализирани здравствени работници (неврхирурзи, кардиохирурзи и сл.).

Европската Унија налага „планирањето на секундарните и терцијарните здравствени установи да бидат во согласност со принципот на ‘регионализација’“ (Европски совет: 2000, 200). Овој принцип се базира на населението и овозможува порационална употреба на скапите технологии и експертиза на високо обучен персонал.



Исто така, за подобро остварување на здравствената заштита, „треба да се воведат политики на ‘супституција’“ (ibid., 201). „Супституцијата“ ќе овозможи рационализација на секундарните и терцијарните установи и воедно ќе се споделат одговорностите и задачите меѓу здравствениот персонал.

До 1991 година здравствената заштита во Република Македонија се остваруваше само во јавните здравствени организации, а од тогаш наваму почнува да се развива приватен сектор кој обезбедува здравствена заштита и услуги.

#### *1.4.3. Закон за здравствено осигурување*

Здравственото осигурување како услуга е гарантирано за сите граѓани на Република Македонија и е пропишано со закон. Во Законот за здравствено осигурување, член 2, став 2, стои дека: „Здравственото осигурување е установено за сите граѓани, заради обезбедување здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата под услов утврдени со закон и со прописи донесени врз основа на закон“ . Со новиот Закон за здравствено осигурување (Сл. весник бр.25/2000) беше укинат членот 17 од поранешниот Закон за здравствена заштита, кој се однесуваше за оние лица кои не можат да остварат здравствена заштита по ниеден основ, а се деца до 18 години, стари лица над 65 години, жени во состојба на бременост и породување, како и лица болни од заразни и други потешки болести. Прашањето за здравствената заштита на неосигурените лица го презема Владата на РМ, за што треба да изготви посебна програма. До донесувањето на соодветната програма овие лица се препуштени на милост и немилост на ад-

министративните работници во подрачните служби, кои според лична оценка одлучуваат дали на лицето ќе му издадат потврда за користење на здравствена услуга или не.

Во Хелсиншкиот Извештајот за 2005 година стои дека: „оваа година процентуално се намалени социјалните давачки и бенефициите на лицата со хендикеп, намален е додатокот за деца и уште еднаш е стеснета листата на лекови кои се добиваат на рецепт (со партиципација). Заради проблеми во Здравствениот фонд во неколку наврати болните од рак (посебно децата) останаа без соодветна медицинска терапија и нивните родители од кои многумина во исклучително тешка социјална состојба мораа да ги набавуваат приватно и на сопствена сметка“. Условите за лекување веќе паѓаат под минималните стандарди (сè до нивото на директно загрозување на животот на пациентите). Правата на пациентите не се ниту приоритет на дејствувањето на соодветните државни органи, ниту се дел од стратегиите на развој за 2006 година. Законот за здравствено осигурување го следи овој рестриктивен тренд со промените, според кој не може да се користи здравствено осигурување пред истекот на 6 месеци од вработувањето (што важи и за породилно отсуство); се ограничува висината на надоместокот на плата во случај на заболување или породилно отсуство, но не се ограничува основицата за издвојување за здравствено осигурување.

#### *1.4.4. Закон за заштитата на правата на пациентите*

Во Декларацијата за човекови права на Организацијата на обединетите нации во членот 25 стои дека „Правата на пациентите претставуваат заштита

на човековите права во областа на здравството“. Во Република Македонија, заштитата на пациентите не беше прецизно уредена сè до донесувањето на Законот за заштита на правата на пациентите. Националното законодавство генерално опфаќаше одредби за заштита на човековите права, па заштитата на здравјето на пациентите беше определена како дел од тие права. Меѓутоа, оваа практика даваше можност за широко толкување во кое најчесто заштитата на правата на пациентите се обезбедуваше недоследно. Ваквиот однос кон пациентите е незамислив во европските земји, а Р. Македонија под притисок на Европската Унија, со цел создавање здравствен систем според европски критериуми во кој се остваруваат човековите права, го донесе предлог – законот за заштита на правата на пациентите, кој Владата го утврди на 11.04.2007 година.

Законот е во согласност со политиката и документите на Европската Унија и претставува голем чекор за здравството на Р. Македонија од гледна точка на ситуацијата во која се наоѓа. Истиот беше усвоен на 02.07.2008 после две цели години во собраниска процедура, поточно од јули 2006 година. Со анализа на сегменти од здравствениот систем на државава, почнувајќи од здравствените установи, снабдувањето со лекови, како и работата на Министерството за здравство, задоволството, односно незадоволството на пациентите, може да се констатира дека овој Закон е премногу оптимистички и ќе треба многу време и напори за да се спроведе во реалноста. Засега, доволно е да обезбеди подигнување на свеста за постоењето и потребата од реализација на заштита на здравјето и правата на пациентите на сите нивоа и од страна на сите субјекти со кои пациентот доаѓа во контакт.

Законот ги унапредува човековите права во област на здравството и медицината и е во согласност со сите меѓународни правни акти за човекови права што ги ратификувала или на кои им пристапила Република Македонија. Со него потполно се применуваат и препораките на Светската здравствена организација и Советот на Европа за правата на пациентите, нивната заштита и обезбедување на активно учество на пациентот во одлучувањето за неговото лекување, а креиран е од искуствата на Хрватска, Унгарија и Израел.

За остварувањето на правото на здравје како дел од човековите права, овој Закон е од исклучителна важност. Со помош на Законот се подигнува и свеста на секој граѓанин и општеството воопшто и ако се земе предвид дека „Здравјето во современата епоха не е само индивидуална, приватна работа на поединецот туку и врвна општествена вредност за која се заинтересирани и ангажирани не само некои општествени субјекти, туку и општеството во целина“ (Костовски, Саркањац, 1999:33). Сепак, првенствено е важно граѓаните да бидат активирани во грижата за своето здравје и остварувањето на правото на здравје како нивно човеково право. Така со новиот закон, граѓаните во Република Македонија за првпат ќе одлучуваат за сопственото здравје и ќе бидат вклучени во процесот на лекување, затоа што со него се обезбедува увид и информираност на граѓаните и пациентите за нивните права во здравствената заштита и начините на заштита на тие права, што ќе го олесни нивното остварување. На ваков начин, се очекува подигање на свеста на граѓаните кои ќе се јават во улога на промотори во реализацијата на нивните права. Со овој закон се воспоставуваат похумани релации меѓу пациентот и здравствениот работник.

#### 1.4.5. Закон за лекови

Јасно е дека основниот чекор од кој треба да појдеме во заштитата на правото на здравје како човеково право е законската регулатива во областа на здравството. Освен Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување и Законот за заштита на права на пациентите не заслужува помала важност и Законот за лекови.

Целата структура на здравството во Р. Македонија треба да тежнее кон остварување на законските прописи предвидени со овие закони, со цел да обезбеди ефикасно здравство и најважно да го заштити здравјето на граѓаните. На ваквиот став инсистира и Европската Унија, која како едно од главните прашања во прашалникот за членство на РМ го поставува прашањето за постоење на законска регулатива, која би го штитела правото на здравјето на граѓаните и механизмите на негово остварување, вклучувајќи ги и планираните реформи. Во овој дел ќе се задржиме на анализа на Законот за лекови.

Со овој закон првенствено се уредуваат лековите и медицинските помагала за употреба во хуманата медицина, условите и начинот за обезбедување на нивниот квалитет, безбедност и ефикасност, начинот и постапките за нивно производство, испитување, ставање во промет, промет, формирање на цени, контролана квалитет, огласување и инспекциски надзор. Се уредуваат и опојните дроги и психотропните супстанции. „Помошните лековити средства и медицинските помагала се уредуваат со условите под кои се врши ставањето во промет, производството и прометот, испитувањето на квалитетот, сигурноста и ефикасноста, како и надзорот над производството, ставањето во промет, прометот и контролата на квалитетот на ле-

ковите, помошните лековити средства и медицинските помагала, како работи од јавен интерес“ (“Службен весник на РМ“ бр.21/98, член 1).

Лековите и медицинските помагала се ставаат во промет по претходно добиено одобрение за ставање во промет, издадено од надлежен орган на управата, кој го издава одобрението на предлог на Комисијата за лекови, односно Комисијата за медицински помагала. Членовите на овие комисии ги назначува Министерот за здравство.

Во овој закон се предвидени условите и начинот на издавањето на одобрението за производство на лекови и нивно пуштање во промет.

Со Законот се забранува ставањето во промет на лекили медицинско помагало што претставуваат опасност за луѓето.

Исто така, со Законот се предвидени условите кога може да се укине одобрението за ставање во промет на лек, помошно лековито средство или медицинско помагало и пред истекот на рокот на важењето на одобрението. Во овој дел, покрај барањето за ставање во промет, се регулира и постапката за издавање на одобрение за ставање во промет, одобрението за ставање во промет, носител на одобрението за ставање во промет, пакувањето и означувањето, испитувањето на квалитетот, сигурност и ефикасност.

„Во посебна глава се разработени условите за производство, како и прометот на големо, прометот на мало, начинот на формирањето на цени, надзорот и казнените мерки. Во посебни поглавја од Закон за лековитеи медицинските помагала се разработени условите по однос на простор, опрема и кадар и добивањето на дозвола за дејност-производство, промет на големо (дистрибуција) и промет на мало (аптеки) во согласност

со начелата на Добрата производна пракса, Добрата лабораториска пракса, Добрата дистрибуциона пракса и Добрата аптекарска пракса“ (поглавје 23).

Контролата на квалитетот на лекот е можеби најзначајниот член од законската регулатива, затоа што директно го штити здравјето на пациентот. Лекот пред да се стави во промет мора да подлежи на аналитички (фармацевтско-хемиско-биолошки), фармаколошко-токсиколошки испитувања и клинички испитувања за да се потврди неговиот квалитет, безбедност и ефикасност. Министерот за здравство донесува упатства за начелата на Добрата производна пракса (GMP), Добрата лабораториска пракса (GLP) и за Добрата клиничка пракса во клиничките испитувања.

Начелата што се однесуваат на клиничките испитувања имаат исто така големо значење за заштитата на здравјето. Тие го заштитуваат човекот од можности на манипулација со неговото здравје и живот преку клинички испитувања на одредени лекови и му го обезбедуваат правото да знае на што точно ќе биде подложен неговиот организам во случај да се согласи да биде дел од клиничко испитување (член 54 и 55).

Инспекцискиот надзор на лекови е исто така, уреден со Законот за лекови. Инспекцискиот надзор на лекови е задолжителна пракса и дел од законската регулатива на сите земји на ЕУ. Членовите за инспекцискиот надзор го штитат пациентот на тој начин што налагаат здравствените органи, задолжени за инспекција веднаш да известуваат за секоја сериозна несакана реакција или настан или во случај на сомневање за несакана реакција или настан што се појавиле во Република Македонија или во други земји.

Инспекцискиот надзор на лекови се врши од страна на фармацевтски инспектор, кој има право да

изврши увид на деловните и другите простории, опремата, процесот на работа, производите и други стоки, документите за идентификација и други документи, да одземе производи, документи или примероци со цел обезбедување на докази и податоци, како и да преземе други активности во рамките на овластувањата (член 87).

Рекламирањето на лековите е посебно уредено во новиот Закон за лекови. До усвојувањето на новиот закон за лекови, рекламирањето на лекови беше забрането. На тој начин се скратува правото на пациентите за информација. Со новиот Закон за лекови поинаку се одредуваат одредбите за рекламирањето на лекови. Се дозволува рекламирање на сите ОТС лекови (лекови што не се издаваат со рецепта). Законот ги обработува рекламирањето на лекови во член 91, член 92, заклучно со член 95 од Законот за лекови.

#### *1.4.6. Закон за заштита на здравјето при работа*

Според светските здравствени статистики за заштита на здравјето при работа секои 15 секунди во светот загинава по еден работник на работното место, 160 се повредуваат, а крајот на работниот ден не го дочекуваат над 5500 работници. Меѓународната организација на трудот, уште покажува дека годишно се регистрираат 337 милиони повреди на работа, 358 илјади фатални повреди и 1,95 милиони смртни случаи поради професионални и болести поврзани со работата ([www.ilo.org](http://www.ilo.org)). Во Република Македонија заштитата на работниците е на минимално ниво. Македонските медиуми тврдат дека секој втор ден настрадава по еден работник како последица на несоодветна заштита при работа.

Работникот освен со директна повреда на работното место може да се здобие со професионално заболување, кое се стекнува постепено и го загрозува

животот на работникот. Се смета дека во Република Македонија има околу 40 дијагностицирани професионални болести, додека во Европската Унија над сто, во Хрватска има 120 професионални заболувања, а во Србија има 45 ([www.mzzpr.org.mk](http://www.mzzpr.org.mk)).

Ваквата состојба укажува на потреба од законско регулирање на заштитата на здравјето на работа. Работата е дел од секојдневието и животниот стил на секој човек и со оглед на фактот дека голем дел од животот го поминуваме на работа, здравјето на работа има големо влијание врз општата состојба на здравјето на луѓето и треба да биде гарантирано и заштитено како фундаментален дел од човековите права и слободи. Заштитата при работа, односно безбедноста и здравјето при работа како збир на мерки, нормативи и стандарди пропишани за создавање на безбедносни услови за работа, е пропишана во Уставот на Република Македонија (член 32, став 1). Меѓутоа, поради потребата од усогласување на законодавството на РМ со законодавството на Европската Унија, се наметнала потребата да се усогласат и законите и подзаконските акти во областа на безбедноста и здравјето при работа. Затоа, Република Македонија го донесе Законот за безбедност и здравје при работа.

Со овој закон се утврдуваат мерките за безбедност и здравје при работа, обврските на работодавачот и правата и обврските на вработените од областа на безбедноста и здравјето при работа, како и превентивните мерки против професионалните ризици, отстранувањето на ризичните фактори за несреќа, информирање, консултирање, обука на работниците и нивните претставници и нивно учество во планирањето и преземањето на мерки за безбедност и здравје при работа ( Член 4).

1) Владата на Република Македонија донесува Програма за безбедност и здравје при работа (во натамошниот текст: Програмата).

2) Со Програмата се утврдува стратегијата за развој на безбедноста и здравјето при работа во врска со заштитата на животот, здравјето и работоспособноста на вработените и спречување на повреди при работа и професионални и други болести поврзани со работењето (Сл.весник на РМ. Бр. 92/07).

Освен овој Закон, во Република Македонија има уште 50 правилници кои ја регулираат оваа проблематика.

Јавно – здравствениот пристап кон здравјето на работниците е деклариран во Глобалниот акционен план на Светската здравствена организација за здравјето на работниците 2008–2017 година. Тој е фокусиран на примарната превенција на професионалните болести, повредите на работа и болестите во врска со работата, со примена на основниот принцип на контрола на ризиците на работното место, со меѓусекторска соработка на сите клучни партнери во заедницата. Ваквиот пристап е во согласност со документите на ЕУ, односно, ЕУ директивата 89/391/ЕЕС, Стратегијата на ЕУ за здравје и безбедност на работа 2007–2012 година. Во рамките на реформските концепти и ЕУ интеграциските процеси, Македонија се обидува да ги исполни целите од овие документи. Според Извештајот на Европската Унија за напредокот на Република Македонија, Законот за безбедност и здравје при работа претставува напредок за остварувањето на правото на здравје како човеково право. Дека законот бил донекаде имплементиран покажува и фактот од Годишниот извештај на Македонското здружение за заштита при работа според кој бројот на смртни случаи на работното место во Македонија „во

2009 година се намалил за 29 отсто во однос на 2008 година“ ([www.mzzpr.org.mk](http://www.mzzpr.org.mk)).

Во Извештајот, исто така, е наведено дека овој Закон ја пренесува Рамковната директива за здравје и безбедност. Нивото на усогласеност со *Acquis* во областа на здравјето и безбедноста при работа треба да се потврди. Административниот капацитет, вклучувајќи го и капацитетот на Државниот инспекторат за труд, кој не е доволно кадровски екипиран и нема соодветни капацитети за нормално работење, не е соодветен за да обезбеди правилно спроведување и примена на законските одредби ([www.sei.gov](http://www.sei.gov)).

Заклучокот од сеопфатната анализа на овие документи е дека правото на здравје е признато во многу универзални, меѓународни договори, прифатени на глобално ниво.

Можеби правото на здравје најексплицитно е предвидено во Универзалната декларација за човекови права, во член 25 (Секој има право на животен стандард соодветен на неговото здравје и благосостојба, на здравјето и благосостојбата на неговото семејство, вклучувајќи храна, облека, здравствена и медицинска нега и неопходни социјални услуги). Светската здравствена организација ја нагласува благосостојба како дел од правото на здравје, која како поим е исто така тешко одредлива. Ваквата широка и визионерска дефиниција на здравјето во Преамбулата на Статутот на Светската здравствена организација е наведена како „состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест“.

Оттогаш, многу други меѓународни договори за човекови права го препознаваат или познаваат делови од него како право на медицинска грижа.

Како економско, социјално и културно право, правото на здравје во целост е утврдено со Европската социјална повелба и Пактот за економски, социјални и културни права. Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, која потесно го одредува здравјето како човеково право, е ратификуван во 142 земји, 83 европски земји имаат ратификувано регионални договори во кои се содржи правото на здравје, додека 109 земји, го препознаваат правото на здравје во нивните национални уставни.

Особено значење има Амстердамската декларација, во која се утврдени правата на пациентите и каде во секое право се содржи правото на здравје. Оваа Декларација е основа за донесување на закони за заштита на правата на пациентите низ целиот свет, со што правото на здравје добива нова и поголема димензија. Најактуелен е Меѓународниот мултилатерален договор на Светската здравствена организација кој содржи Меѓународни здравствени прописи, што влегоа на сила во 2007 година и имаат за цел да го штитат правото на здравје преку контрола и спречување на болестите.

Правото на здравје во ниеден документ не е изречно формулирано како „право на здравје“. Во основните документи за човекови права се среќава како право на здравствена заштита, право на животен стандард кој обезбедува физичко и ментално здравје или индиректно може да се изведе од правото на живот, забраната за насилство, тортура и мачење и слично. Документите на Европската Унија ги опфаќаат сите елементи на здравјето и повеќе се формулирани како задачи, цели и препораки за унапредување и заштита на здравјето.

## 2. ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ВО РМ: РЕЗУЛТАТИ ОД ДОСЕГАШНИ ИСТРАЖУВАЊА

Истражувањата кои покажуваат како се остварува правото на здравје во Република Македонија се многу малку. Добиените резултати од досега спроведените истражувања се однесуваат на факторите од кои зависи остварувањето на правото на здравје.

Да појдеме од проблемот на недоволно познавање на правата поврзани со здравјето во македонското општество. Пред донесувањето на Законот за правата на пациентите во Република Македонија, во 2008 година, јавното мислење за правата на пациентите беше ограничено во рамките на дебатите меѓу здравствениот персонал. Граѓаните многу малку ги познаваа правата кои треба да ги остварат како пациенти и постоеше потреба од подобрување на законодавството кое ги обезбедува, штити и унапредува правата на пациентите во согласност со европските стандарди.

Истражувањата спроведени во периодот од 2004 до 2006 година покажуваат дека граѓаните генерално се информирани за нивните права како пациенти и 82% сметаат дека треба да имаат права како пациенти, иако 56,7% не знаат да ги набројат тие права, додека 8, 8% воопшто не знаат за постоењето на овие права.

Во однос на остварување на тие права, 18, 3 од испитаниците веруваат дека ќе можат да ги остварат нивните права, 18% мислат дека во случај на спор со здравствени работници ќе имаат еднакви можности, 64,7% анкетирани не ги побарале правата кога тоа било потребно, а само 13,8% ги оствариле своите права како пациенти.

Образованието, религијата, политичката определба се сфаќаат како фактори од кои зависи остварувањето на правата на пациентите. 32, 9% од испитаниците сметаат дека националноста/религијата влијае на остварувањето на правата како пациент, а за 30,6 % тоа влијае на политичката определба, а за 45,3 односно 67,8% тоа е образованието, односно општествениот статус.

Граѓаните во овој временски период изразуваат генерално незадоволство од здравствените установи и здравствената грижа кои ја добивале како пациенти. Речиси секој четврти граѓани не бил задоволен од добиената здравствена грижа кога таа била потребна.

Остварувањето на правото на здравје не се почитува ни кога станува збор за достапност на здравствените услуги, особено кога станува збор за итна потреба или за згрижување и нега на хронично болни. Службите за домашна посета и брза помош не им се еднакво и во исто време достапни на сите пациенти. Реалната слика за македонскиот здравствениот систем е дека тој нееднакво ги згрижува пациентите со тешки хронични болести. Загрижувачки е процентот на 85,9 од испитаниците, според кој тие немаат доверба во соработката меѓу здравствените установи и високиот процент од 92, 9% испитаници кои изразиле целосно незадоволство од односот на медицинскиот персонал (44,7 биле навредени од здравствен работник) (Институт отворено општество). И резултатите од одговорите на останатите прашања од истражувачката студија „Пациенти во Македонија со права по европски стандарди“ не се во корист на почитување и остварување на правото на здравје.

И во понатамошниот период јавното мислење во Република Македонија е израз на незадоволство

од функционирањето на здравствениот и правосудниот систем во Република Македонија. Во рамките на истражувачка студија, спроведена за периодот од 2006 до 2008 година, 150 испитаници го изразуваат мислењето за прашањата поврзани со задоволството/незадоволството на пациентите во Р. Македонија од квалитетот на здравствените услуги.

Студијата покажува дека сè уште е присутен проблемот на лоши услови во јавните здравствени установи. Релативно високо е нивото на незадоволство од понудените услуги во јавните здравствени установи. Граѓаните се незадоволни од вработените во јавните здравствени установи (поликлиники, клиники, клинички центар) поточно медицинскиот персонал и нивниот однос кон нив, дури 67,1% од анкетираниите одговориле дека не се задоволни, во однос на 32,9% задоволни пациенти. Негативни се перцепциите за хигиенските услови во јавните здравствени установи кои се во перфектна корелација со 67,1% од пациентите кои не се задоволни од понудените услуги во јавните здравствени установи.

Лошо е рангиран односот кон пациентот во јавните здравствени установи 28% односот го оценија со 1 (единица), 23,8% со 2 (двојка), 30,8% со 3 (тројка), 9,8% 4 (четворка) и 7,7% со 5 (петка).

Студијата оди во крајност и испитува дали пациентите сметаат дека „пациентот страда“ во јавните здравствени установи како резултат на севкупно лошите околности (негрижа, лоши услови итн.). Од вкупниот број анкетирани пациенти, 89,5 % одговориле потврдно, а 10,5% негативно на ова прашање.

Периодот од 2009 година го одбележува економската криза која влијае врз индикаторите на здравје. Лошите економски услови се рефлектираат

врз самиот здравствен систем, како и субјективните фактори за здравје на секој граѓанин.

Перцепциите на граѓаните за природата на економската криза и нејзиното влијание/социјална и здравствена заштита покажуваат дека влијанието на финансиската криза врз македонската економија се рефлектира и врз состојбата во македонските домаќинствата.

Истражувањето, спроведено од страна на Агенцијата за испитување на јавното мислење и комуникации, „Рејтинг“, го поставува прашањето за проблемот на социјалната структура, односно социјалното раслојување во Македонија денес. Ги имаме ли и ние оние 20% во најнеповолна економска положба, 70% средна класа и 10% привилегирани, како во некои земји на ЕУ или пак освен 10% привилегирани имаме општество со уништена средна класа и една третина од населението кое не може да преживее без социјална помош? Второто прашање е што се случува со оваа структура во услови на економска криза и како таа влијае на зголемувањето на нееднаквостите?

Резултатите покажуваат дека социјалните нееднаквости доведуваат до доброволно социјално исклучување на најбогатиот слој (10%) и принудно социјално исклучување на најзагрозените (30%) со што се зголемува кризата на партиципацијата..

Загрижувачки е податокот од анкетата, според кој дури 27% од македонските граѓани штедела на храна, а 24% и на користење здравствени услуги и лекови.

Ако го земеме предвид податокот на Еврофонд, според кој најголем страв на граѓаните во Република Македонија е опасноста од останување без доволно пари да се платат основните здравствени услуги и лекови сликата е уништувачка.



Пристапот до здравствената заштита и здравственото осигурување во Македонија, согласно Уставот и законите, е еден од основните социјални права на граѓаните, што значи дека покриеноста на здравствениот систем треба да биде универзална. Сепак, некои проценки наведуваат дека околу 150.000 граѓани на Македонија, од една или од друга причина, не се покриени со здравствено осигурување. Претставниците на некои етнички заедници, како и други ранливи групи, се меѓу неосигурените. Со цел да обезбеди основни здравствени услуги за некои од ранливите групи, Владата преку посебна програма обезбедува средства од Буџетот за покривање на трошоците за здравствената заштита на оваа група. Меѓутоа, во практиката, овие средства кои се обезбедени од страна на Владата не се доволни за исполнување на обврската (Доневска, Геровска, Ѓорѓев, Каловска, 2007 год).

Резултатите од ова истражување, исто така, укажуваат дека пристапот до здравственото осигурување не е универзален. Од сите испитаници, 9% воопшто немаат осигурување. Нивните економски и социо-демографски карактеристики укажуваат дека профилот на оние кои се исклучени од здравственото осигурување во Македонија е претежно составен од: оние со основно образование, невработените, како и оние со работа на определено време, оние кои потекнуваат од етничка припадност различна од македонската и албанската, живеат во руралните места, најчесто се наоѓаат во пелагонискиот регион и имаат месечни примања до 10.000 денари. Покрај тоа, од оние кои имаат здравствено осигурување, 11% имаат искусено нередовно плаќање на нивниот придонес за здравство, предизвикувајќи проблеми за нивниот редовен пристап до здравството. Перцепциите на граѓа-

ните дадени во анкетата, сигнализираат дека преовладува мнозинството на граѓаните – 96%, кои поддржуваат бесплатно здравствено осигурување за сите граѓани на земјата. За жал, овие перцепции се далеку од сегашната реалност.

Одговорите на граѓаните во однос на користењето на јавните здравствени установи, односно на прашањето дали се задоволни од услугата во нив, откриваат дека и покрај тоа што имаат здравствено осигурување, 58% ретко ги користат јавните здравствени установи, додека 6% воопшто не ги користат. Слично на тоа, 45% го изразиле своето незадоволство од услугите во јавните здравствени установи, додека огромното мнозинство – 88%, веруваат дека без поткуп не можете да добиете добра и навремена услуга. Запрашани дали можат финансиски да си дозволат услуги на приватни здравствени институции, 51% се изјасниле дека не можат да платат за сите услуги од приватните здравствени установи, а 37% велат дека во ретки прилики тие можат да си дозволат приватно здравствено осигурување. Мнозинството од испитаниците кои не можат да пристапат до приватниот здравствен систем заради финансиски причини, припаѓаат на категоријата лица на возраст над 50 години, имаат понизок образовен статус, според нивното занимање, главно се домаќинки, пензионери или невработени, нивното етничко потекло е различно од македонското и албанското, претежно живеат во југоисточниот регион и имаат месечен приход на домаќинството до 10.000 денари.

Во истражувањето на Агенцијата „Рејтинг“ заклучено е дека ваквите резултати покажуваат многу негативна слика за здравствениот систем во Македонија, според кој пристапот не е единствениот проблем,

туку, исто така, неговиот квалитет и одговарањето на задачите. Користењето на приватната здравствена заштита сигнализира дека мнозинството лица, особено социјално ранливите групи, не можат да имаат корист од овој систем.

Во однос на економската криза, перцепциите на поголемиот број граѓани анкетирани за потребите на ова истражување, ни кажуваат дека во изминатите 12 месеци условите во рамките на системот на здравствена заштита не се изменети (како што е истакнато од 52% од населението), додека 20% сметаат дека кризата придонесе за влошување на состојбата во системот на македонското здравство.

Повторно „Рејтинг“ заклучува дека пристапот до здравствената заштита за оние кои се најранливи, во периодот на кризата треба да биде субвенциониран од страна на Владата. Имено, 96% од испитаниците се изразиле дека во време на финансиска криза, државата мора да одвои повеќе пари наменети за здравствена грижа на ранливите групи граѓани. И покрај оваа универзална перцепција, ние не сме сведоци на каква било посебна владина мерка за здравството, како одговор на кризата. Дури и оние што се планирани и најавени, како што е програмата за условени парични трансфери за социјална помош, чија цел е подобрување на имунизацијата, како и пренаталната здравствена заштита, говорат дека Владата ќе спроведе селективен пристап и ќе поддржи подобрена здравствена заштита само за одредени групи население. Меѓутоа, доколку тоа не се направи во текот на оваа година, достапноста до здравствената заштита на оние кои најмногу им е потребна, нема да биде подобрена.

Конечно, студијата покажува дека пристапот до здравствената заштита и осигурувањето не е уни-

верзален. Покрај тоа, мнозинството, кое преовладува, не е задоволно со здравственото обезбедување и укажува дека неформалните плаќања се единственото средство за квалитетна здравствена заштита. За време на кризата, 96% од испитаниците се изразиле дека државата треба да додели повеќе пари за здравствената грижа кои треба да се насочат кон ранливите групи граѓани.

## **2.1. Испражувачка студија**

### *2.1.1. Географски, демографски, економски и културни карактеристики на Република Македонија*

За попрецизна анализа на резултатите добиени од анкетните прашања важно е да се наведат основните географски, демографски, економски и културни карактеристики на Република Македонија.

Република Македонија е сместена на средината на Балканскиот Полуостров, во Југоисточна Европа, на површина од 25.713 км<sup>3</sup>. На север се граничи со Србија, на исток со Бугарија, на запад со Албанија, на југ со Грција.

Во Македонија живеат 2.066.718 жители, со просечен пораст на населението од 0.64%. 67% од населението живее во урбани средини. Населението претежно е младо. Возрасната структура на населението е следна: 0–14 години се 19.2 проценти, 69.4% од населението се на возраст од 15–64 години и од 65 години нагоре се 11.4% проценти. Просечно се раѓаат 11 деца на 1000, а умираат 8. На раѓање умираат 9 деца на 1000 новородени. Индексот на стареење изнесува 0.51. Очекуваниот животен век е 74 години. 70

години за машката популација и 76 години за жените. Просечната возраст е 33, 81 за мажи и 34,63 за жени. Од најстрашната болест на 21 век, сидата се заболени само 0,1% процент, од кои 200 се живи, а 100 мртви.

Република Македонија е мултикултурно општество. 64.2% од населението се Македонци. Живеат и неколку етнички групи: 25.2% Албанци, 3.9% Турци, 2.7% се Роми, 1.8% се Срби и други.

Има неколку религии: Православни се 64.7%, Муслимани 33.3%, други христијани 0.37% итн.

Се зборуваат и неколку јазици: македонски јазик зборува најголемиот дел од населението 66.5%, албански, како втор јазик, 25.1 %, турски 3.5%, ромски 1.9 % итн. (Државен завод за статистика).

Македонската економија е релативно мала и недоволно развиена. Бруто домашниот производ е 9,624 милијарди долари, а по глава на жител е 9,624 долари; годишната стапка на пораст на БДП е 4,6%. Во Македонија има 900 000 работоспособни луѓе, а стапката на невработеност е висока и изнесува 34,5%. Голем дел од населението живее под границата на сиромаштијата. Според податоците на ДЗС, изготвени согласно критериумите на Светската банка, 28,7% од домаќинствата се сиромашни, а индексот на длабочината на сиромаштијата изнесува 9,2% ([www.stat.gov.mk](http://www.stat.gov.mk)).

Во рамките на квантитативната анализа се реализираше истражување на примерок од 300 испитаници, анкетирани по телефон, преку структуриран прашалник. Истражувањето беше спроведено во април 2009 година. Резултатите од ова истражување се во рамките на општиот примерок и се валидни од +/- 5%.

Преку прашањата, кои сами по себе претставуваа индикатори на здравјето, се настојуваше да се до-

бијат одговори за состојбата на здравството, за тоа во која мера граѓаните се запознати со правата и слободите во доменот на здравјето, какви се нивните перцепции за човековите права во земјите на Европската Унија и какви се нивните претпоставки за иднината на Република Македонија како идна земја – членка на Европската Унија.

Структурата на примерокот е:

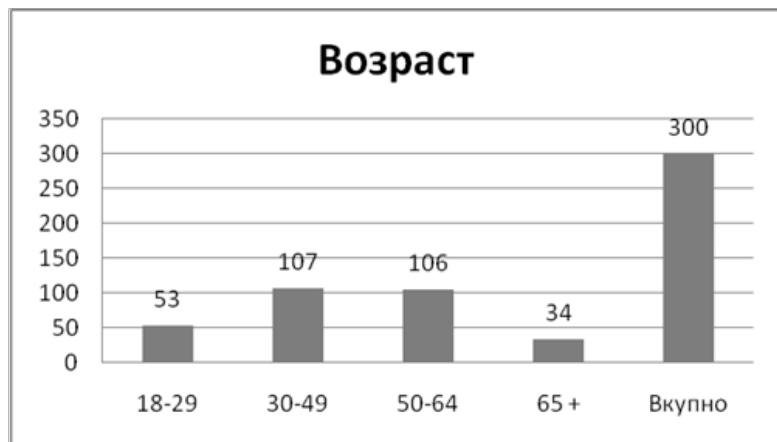
Од вкупно 300 испитаници, 127 (42,3%), се од машки пол 173 (57,7%) женски.

Табела 20. Структура по пол



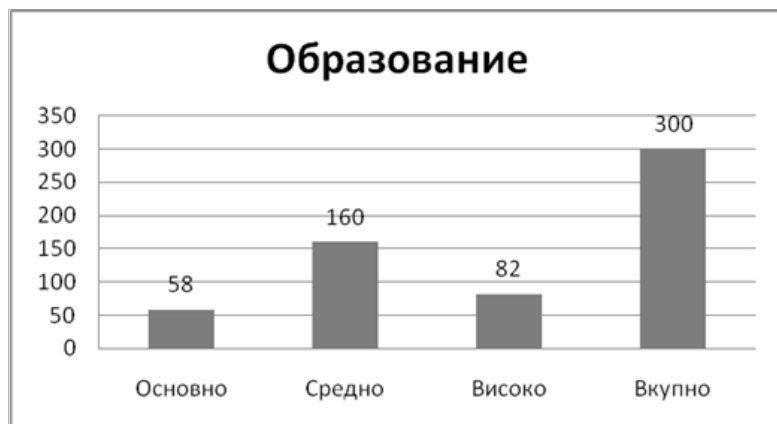
Според возраста примерокот е составен од 53 испитаници (17,7%) на возраст од 18–29 години, 107 (35,7%) на возраст од 30–49 години, 106 (35,3) од 50–64 години, додека на 65 годишна возраст и повеќе се 34 (11,3%) испитаници.

Табела 21. Структура по возраст



Според образованието, примерокот го сочинуваат 58 (19,3%) испитаници со основно образование, 160 (53,3%) со средно и 82 (27,3%) со високо образование.

Табела 22. Структура по образование



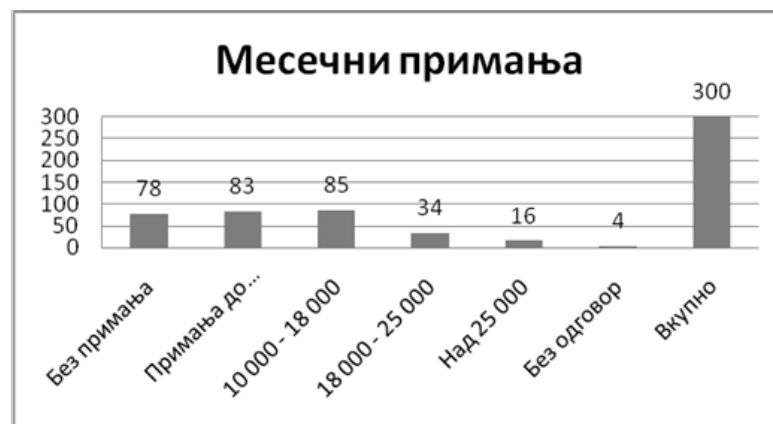
Според етничката припадност, најголем број од Македонците одговараат на прашањата – 216 (72%), потоа 73 (24,3%) Албанци и 11 (3,7%) со друга етничка припадност.

Табела 23. Структура по етничка припадност



Месечните примања на испитаниците се поделени во шест групи. Првата група се испитаници без месечни примања, такви има 78 (26%) потоа, примања до 10 000 денари – 83 (27,7%) испитаници. Во групата со 10 000 – 18 000 денари – 85 (28,3) испитаници и над 25 000 денари месечни примања имаат 16 (5,3%) испитаници. Четворица не сакале да дадат одговор на ова прашање.

Табела 24. Структура по месечни примања



Во однос на местото на живеење, сликата е следна: 63 (21%) испитаници живеат во село, 59 (19,7%) во помал град, 105 (35%) во поголем град, 73 (24,3%) во Скопје.

Табела 25. Структура по место на живеење



Примерокот е претставен на овој начин за да биде репрезентативен во однос на сите социо – демографски белези на населението, кои се од особена важност за добивање точни податоци. Сите подгрупи на испитаници наведени во примерокот се во согласност со реалните статистички податоци од пописот во 2002 година.

Испитаниците одговараа на прашања кои укажуваат на нивните сфаќања за сопственото здравје, обврските и одговорностите што ги имаат како индивидуи (важноста на здравјето за целосна благосостојба, здравиот начин на живот). Дел од прашањата ги претставуваат нивните искуства со здравствениот систем на Република Македонија (здравствените установи, здравствените услуги, здравствените работници). Како неопходни се наметнаа прашањата за економската и

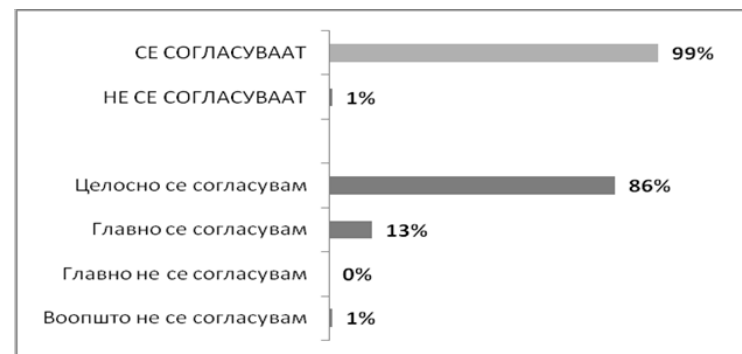
политичката состојба во земјата и нејзиното влијание врз здравјето на луѓето. Прашалникот се развива спонтано со прашања кои укажуваат на перцепцијата на македонските граѓани за Европската Унија (здравството во земјите, членството на Република Македонија во Унијата) за да кулминираат прашањата од чии одговори може да се изведат заклучоци за поимањето на човековите права и слободи, правата што граѓаните ги имаат како пациенти и правото на здравје како фундаментален дел од човековите права и слободи.

### 2.1.2. Презентација на резултатите од анкетата – ЗДРАВЈЕТО КАКО ГЛАВЕН ПРЕДУСЛОВ ЗА СРЕЌА.

Под претпоставка дека здравјето е најголем идеал на секој човек и основно за среќата и благосостојбата на секое семејство, ова прашање се постави како водечко.

Во слика број 26, во графикон број 1 се прикажани најчестите одговори на прашањето: *Се согласувате ли со тврдeњeтo дека здравјeтo e глaвeн пpeдyслoв зa сpeќa?*

Табела 26. Графикон 1



Граф. Бр. 1

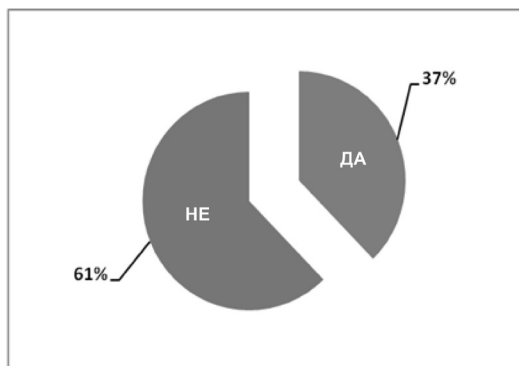
Од графиконот можеме да забележиме дека е оправдана претпоставката за здравјето како најголем идеал. 99 проценти од испитаниците се согласуваат дека здравјето е главен предуслов за нивната среќа. Без разлика на возраста, образованието, етничката припадност и местото на живеење граѓаните одговориле дека потполно (86%) или главно (13%) се согласуваат дека здравјето е на врвот на приоритетите за среќен живот. Занемарлив е негативниот одговор од 1% за дополнителна анализа.

Следат прашањата за искуствата на испитаниците со здравствениот систем на Република Македонија, поточно здравствениите установи кои се главно вклучени во остварувањето на здравјето како човеково право.

– НЕНАВРЕМЕНА И НЕСООДВЕТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ,  
ЗАГРОЗУВАЧКА ПО ЗДРАВЈЕТО

Резултатите од прашањето: *Дали некогаш Ви било загрошено здравјето заради ненавремена и несоодветна медицинска помош?*, се прикажани во графиконот на сликата број 27, каде што се распоредени во табели според пол, образование, возраст, месечни примања, место на живеење итн.

Слика 27. Графикон 2

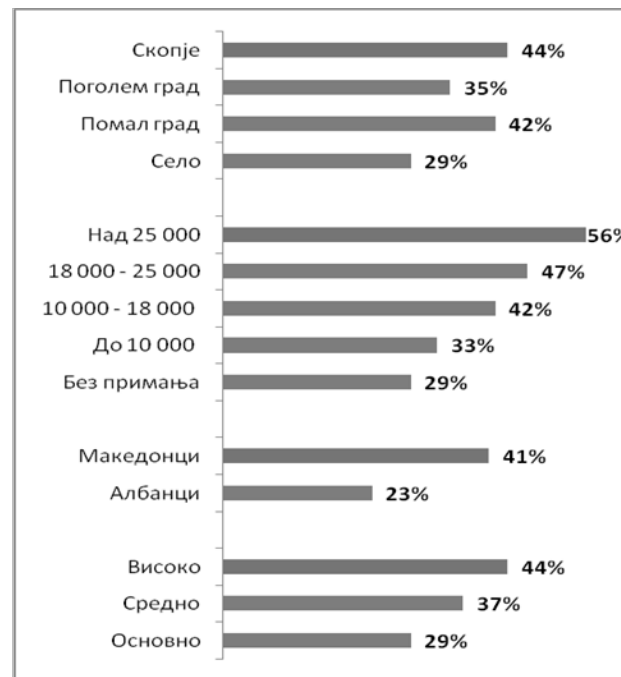


Граф. Бр. 2

Според резултатите од графиконот, 61% испитаници не мислат дека нивното здравје било загрошено заради ненавремена и несоодветна медицинска помош, додека 37% имале искуство кое заради ненавремена и несоодветна медицинска помош било загрозувачко по нивното здравје.

Ако добиените одговори се разгледаат поаналитички, може да се забележи дека, во основа, негативен одговор давале испитаници со основно образование, со албанско етничко потекло, без месечни примања или пак многу ниски примања и испитаници кои живеат во село (слика број 28).

Слика 28. Графикон 3



Граф. Бр. 3

Во графиконот 3, на слика број 28, се прикажани резултатите од одговорите на анкетираниите на второто прашање, вкрстени со варијаблите: образование, месечни примања, место на живеење и етничка припадност. Со црвена боја се обележани посебно ранливите групи.

Анализата на посебните подгрупи во овој примерок укажува на неколку интересни заклучоци. Иако, според досегашните анализи и минати истражувања, социјално загрозените слоеви добиваат полош медицински третман, во оваа анкета тоа не се потврдува. Резултатите од одговорите на ова прашање се помалку изненадувачки и несоодветствуваат на резултатите кои укажуваат на многу понепривилигирана положба на оваа група граѓани во однос на здравствените услуги што ги добиваат и односот на здравствените работници тогаш кога им била потребна информација или нега. Понезадоволни од медицинската помош се граѓаните со повисоки месечни примања, жители на Скопје и поголемите градови, како и граѓаните со високо образование. Ова не укажува дека овие групи реално биле полошо третирани во јавните установи, туку, дека самите очекуваат повеќе од овие институции. Сфаќањата на повисоко образование, со поголеми примања, за соодветна и навремена медицинска помош се разликуваат од оние на луѓето од пониските социјални слоеви. Единствено, може да се заклучи дека кај граѓаните со пониско образование и полош социјален статус постои помала свест за важноста на нивното здравје и помали се самите барања и очекувања што ги имаат кон здравствениот систем. Интересно за понатамошна анализа би било да се утврди што точно се смета за несоодветна и ненавремена медицинска помош од различните групи граѓани.

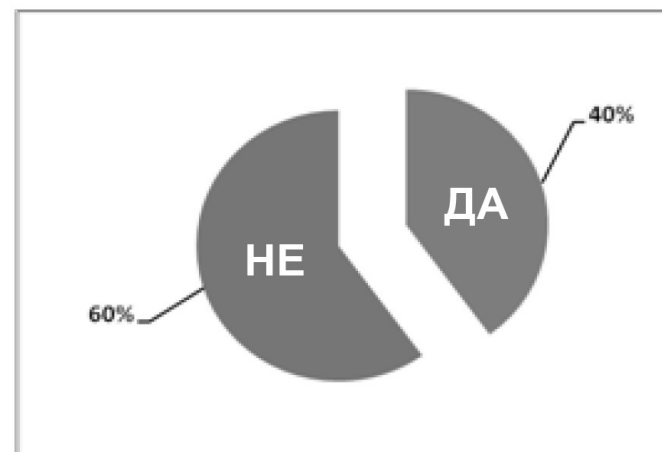
Резултатите од одговорите на прашањата што следат сепак, покажуваат дека повисоките слоеви во општеството се помалку загрозени од неефикасното здравство и дека нивните негативни критики на ова прашање се засноваат само на повисоките очекувања, за разлика од пониските слоеви граѓани.

– НЕПРОФЕСИОНАЛЕН И ПОНИЖУВАЧКИ ОДНОС  
НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Третото прашање, повторно се однесува на здравствениот систем на Република Македонија, поточно, здравствените работници и нивниот однос кон пациентите тогаш кога им била потребна некаква помош, грижа или друга медицинска услуга.

Графиконот 4 ги претставува одговорите на прашањето: *Дали некогаш сѐ биле жртва на непрофесионален и понижувачки однос од страна на здравствен работник?*

Слика 29. Графикон 4



Граф. Бр. 4

Дури 40% од испитаниците биле жртви на не-професионален или понижувачки однос од страна на некој здравствен работник. Процентите покажуваат дека, без разлика на возраста, образованието, етничката припадност, месечните примања и местото на живеење, речиси половина од испитаниците се жалат на лош однос од здравствените работници. Ако се земат предвид и податоците од претходно направените истражувања, погоре наведени, кои резултираат со високи проценти на незадоволство од медицинскиот персонал, може да се изведе заклучок во кој македонскиот здравствен работник се претставува непрофесионално и неетички кон сите етнички групи, сите социјални слоеви и без разлика на возраста на пациентот.

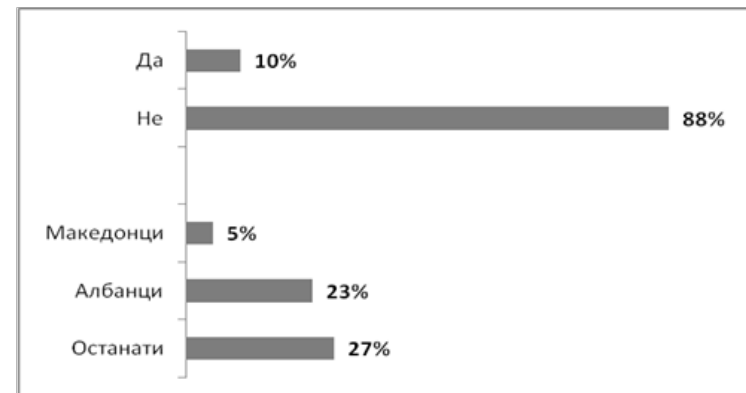
И одговорите на следното прашање се потврда за постоечка дискриминација во здравствениот систем на Република Македонија и неетички однос на здравствените работници.

– Етничката припадност, основа за дискриминациски однос при остварувањето на правото на здравје

Предмет на следното прашање е етничката припадност: *Дали некогаш сѐ биле дискриминирани од страна на здравствен работник заради вашата етничка припадност?*

Резултатите се прикажани во графиконот во слика број 30, според етничката припадност на испитаниците.

Слика 30. Графикон 5



Граф. Бр. 5

Иако само 10% од испитаниците одговориле дека биле предмет на дискриминација од страна на здравствен работник, од табелата, може да се забележи дека најголем број од тие што се изјасниле како дискриминирани (23%) се од албанска или друга етничка припадност (Роми, Турци и др.). Од примерок со 78 Албанци дури 23% одговориле потврдно на ова прашање.

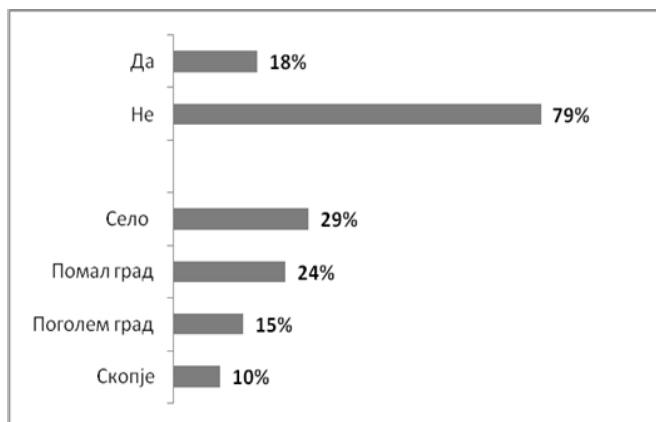
Доколку ги погледнеме одговорите на анкетираниите според местото на живеење, ќе забележиме дека како најдискриминирани се изјасниле граѓаните што живеат во село. Имајќи предвид дека селското население, во најголем дел, е населено со албанско население, доаѓаме до истиот заклучок. Секој четврти Албанец во Република Македонија доживеал дискриминачки однос од страна на здравствен работник врз основа на неговата етничка припадност. 95% од Македонците не се чувствуваат дискриминирани врз основа на нивната етничка припадност.



– МЕСТОТО НА ЖИВЕЕЊЕ, ПРЕЧКА ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

Резултатите од одговорите на петтото прашање: *Дали некогаш ви била недостапна здравствена услуга заради вашето место на живеење?*, се прикажани во графикон 6, слика број 31.

Слика 31. Графикон 6



Граф. Бр. 6

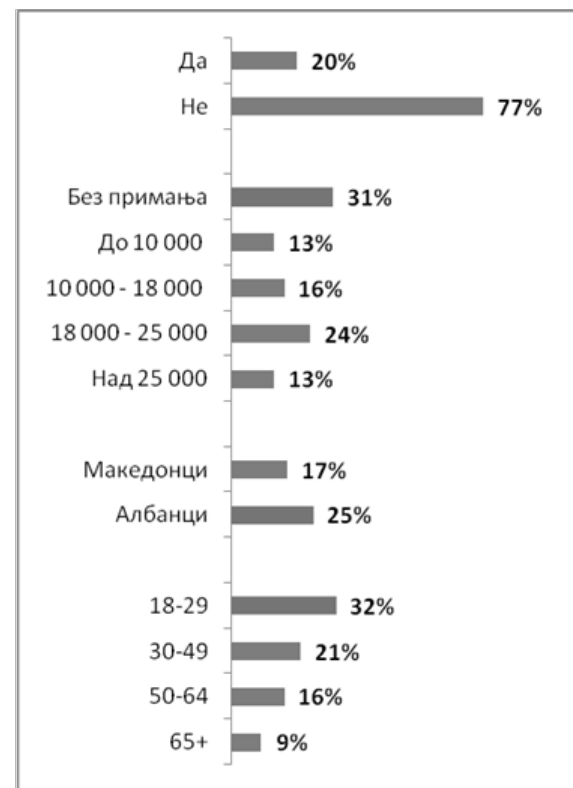
Ова прашање беше поставено со цел да се утврди присуството на дискриминација при остварувањето на правото на здравје врз основа на местото на живеење. Претпоставката е оправдана имајќи предвид дека 29% од испитаниците кои живеат во село и 24 % од испитаниците кои живеат во помал град одговориле дека им бил недостапна здравствена услуга заради местото на живеење. Тоа би значело дека секој трет граѓанин на село или помал град не можел да дојде до здравствена услуга кога таа му била потребна и со тоа му било скратено уживањето на правото на здравје како човеково право.

– НЕДОВОЛНА ИНФОРМИРАНОСТ, ПРОБЛЕМ ПРИ ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

Следното прашање повторно се однесува на здравствените установи: *Дали се случило да барате информација поврзана со вашето здравје во било која здравствена установа, а да не сите ја добиле?*

Графиконот број 6 ги претставува резултатите на ова прашање.

Слика 32. Графикон 7



Граф. Бр. 7

Истражувањето спроведено од Весна Велиќ – Стефановска, во текот на 2004, упатува на недоволна информираноста на јавноста кога станува збор за човековите права и здравјето. Резултатите од ова истражување покажуваат дека 73,4% од испитаниците сметаат дека јавноста е недоволно информирана за здравствените служби и услуги, 70, 4% изјавиле дека здравствените работници никогаш не ги информирале за нивните права како пациенти.

Добиените одговори од истражувањето, спроведено во 2010 година, потврдуваат дека состојбата не се подобрува. Секој втор граѓанин кој побарал информација во некоја здравствена организација, не добил одговор на истата. Имено, 20% од анкетираниите граѓани не ја добиле информацијата која ја барале. Процентите покажуваат дека во таква ситуација најчесто се нашле млади луѓе (32%), на возраст од 18–29 години, потоа, граѓани кои припаѓаат на други етнички групи (61% Албанци, Македонци, Турци, Роми итн.), како и граѓани со ниски примања.

Доаѓаме до заклучокот дека правото на информација, како едно од правата на сите пациенти и како дел од правото на здравје, се прекршува заради дискриминација врз основа на возраста, социјалниот статус и етничката припадност. Причините за ваквата состојба можат да се бараат во непрофесионалниот однос на здравствените работници, индиферентниот однос на здравствените институции, отсуство на посебно обучен кадар задолжен да ги информира граѓаните или пак, граѓаните не ги познаваат правата поврзани со нивното здравје и се плашат да побараат информација (77% никогаш не се нашле во ситуација кога им била потребна информација од некоја здравствена установа).

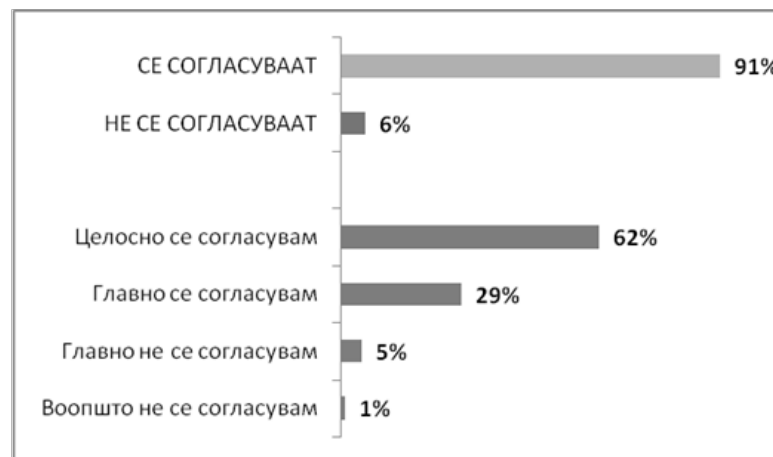
Наредните прашања се однесуваат на животниот стил на граѓаните како исхраната, физичката активност вклучувајќи го и работното место. Прашањата од овој тип се поставени со цел да се оцени, дали граѓаните, правото на здравје го чувствуваат како обврска, а не само право кое државата треба да го обезбеди.

– ИСХРАНАТА ВЛИЈАЕ ВРЗ ЗДРАВЈЕТО НА ЛУЃЕТО

На седмото прашање: *Колку се согласувате со сèвагош дека за одржување или подобрување на здравјето е потребно консумирање здрава храна?*, беа понудени пет одговори: *целосно се согласувам, главно се согласувам, главно не се согласувам, воопшто не се согласувам.*

Резултатите од одговорите се претставени во графиконот број 8, на слика бр. 33.

Слика 33. Графикон 8



Граф. 8

Интересни се резултатите според кои 91% од испитаниците редовно конзумираат здрава храна за да бидат здрави. Високиот процент е изненадувачки со оглед на фактот што според Светскиот здравствен извештај за 2009 година, Македонците најчесто умираат од кардиоваскуларни болести, неоплазми кои се резултат на неправилна исхрана и општ лош начин на живот. Ендокрините, нутритивните и метаболичните болести кои, исто така, се поврзани со лошиот животен стил се на четвртото место. Значи и кај ова прашање наидуваме на проблематика за која е потребна дополнителна анализа: Што подразбира македонската нација под терминот здрава храна?

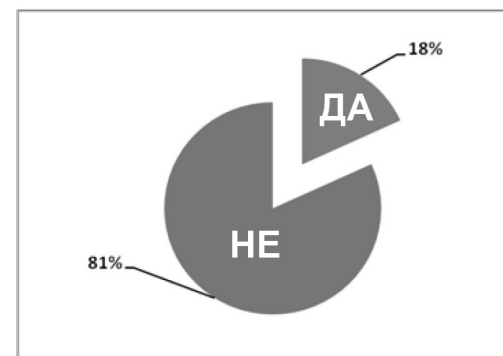
Непобитен е фактот за присуство на свест дека храната влијае на здравјето и дека дреба да се конзумира здрава храна за подобро здравје, меѓутоа, добиените бројки не ја отсликуваат реалноста во која 100.000 граѓани боледуваат од шеќерна болест, секое трето дете од 6 до 24 месеци има анемија, додека секое петто дете умира при породување како последица на овој недостиг.

– СВЕСТА ЗА ВЛИЈАНИЕТО НА ФИЗИЧКАТА АКТИВНОСТ  
ВРЗ ЗДРАВЈЕТО НА ЛУЃЕТО Е НА МНОГУ НИСКО НИВО

Осмото прашање од прашалникот се однесува на животниот стил на испитаниците и активностите што тие ги преземаат за подобрување на сопственото здравје: *Дали активно се занимавате со спорт?*

Одговорите можат да се видат во графикон 9, слика 34.

Слика 34. Графикон 9



Граф. Бр. 9

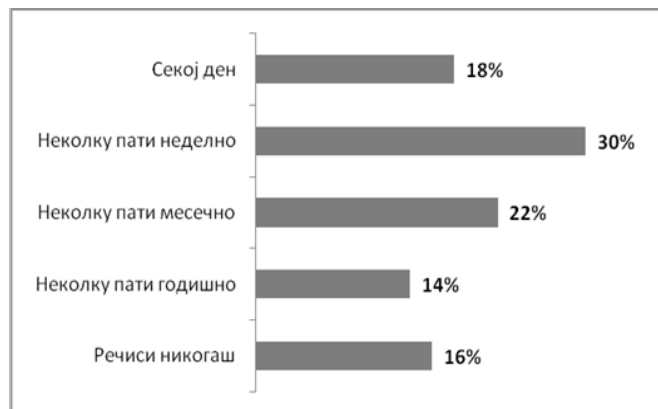
81% од испитаниците негативно одговориле на ова прашање, додека само 18% активно се занимаваат со спорт. Може да се забележи дека најмладите најчесто спортуваат. 45% од испитаниците кои дале потврден одговор на ова прашање се на возраст од 18–29 години. Во групата на тие што одговориле потврдно, најчесто се анкетирани со високо образование 26%. Според месечните примања, најмногу активни спортисти се тие кои заработуваат од 18 000 до 25 000 денари, процентот нагло опаѓа како што расте заработувачката. Само 6% од граѓаните што заработуваат над 25 000 денари активно спортуваат. Веројатно, луѓето што имаат поголеми месечни примања имаат поодговорни работни позиции и немаат слободно време активно да се занимаваат со спорт.

За да се добие појасна претстава за тоа како се гледа на физичката активност, како важна компонента на добриот животен стил и живот поминат во добро здравје, испитаниците беа запрашани:

Колку често практикуваат рекреативни активности?

Одговорите се прикажани во графикон 10 на сликата број 35.

Слика 35. Графикон 10



Граф. Бр. 10

Од 300 испитаници, 53 или 17,7% секојдневно практикуваат некоја рекреативна активност, 90 или 30% неколку пати неделно, 66 или 22% неколку пати месечно, 43 или 14,3 % неколку пати годишно и 48 односно 16 % речиси никогаш не практикуваат рекреативни активности, како прошетка во природа, спортски игри, пливање итн. Најголем дел од испитаниците со рекреативни активности се занимаваат неколку пати неделно. Речиси секој трети граѓанин има некоја физичка активност неколку пати неделно. Во таа група најголем број се млади на возраст од 18–29 години – 45%, потоа со високо образование и со поголеми месечни примања. Граѓаните кои речиси никогаш немаат активности кои позитивно влијаат на нивното

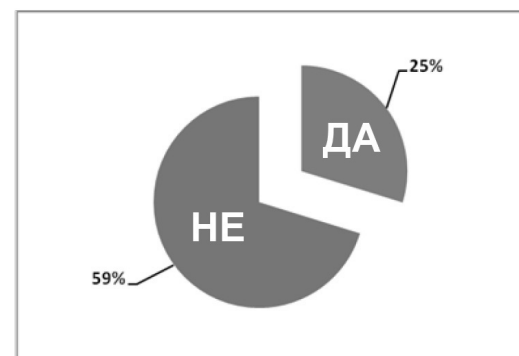
здравје се лицата над 65 годишна возраст, 35%, тие со основно образование 24% и лицата без или со мали месечни примања 44%.

– Лошите работни услови го загрозуваат здравјето

Бидејќи работата со која личноста се занимава, влијае на животниот стил, во оваа група прашања беше поставено и прашање во врска со здравјето и работното место, односно: *Дали некогаш ви било загрозе-но здравјето на работното место?*

Одговорите на десеттото прашање се прикажани во графикон број 11, на слика број 36.

Слика 36. Графикон 11



Граф. Бр. 11

15 % од испитаниците никогаш не биле вработени и затоа ги исклучуваме од понатамошна анализа на резултатите од ова прашање. 76 анкетирани сметаат дека им било загрозе-но здравјето на работното место, додека 176 не мислат така. Граѓаните кои беа дел од примерокот за ова истражување и кои заработуваат над 25 000 денари месечно најчесто чувствуваат дека здравјето им било загрозе-но на работното место. Една

половина од оваа група граѓани одговориле потврдно на ова прашање. Во основа, на секој трети му било загрозено здравјето на работното место, односно му било прекршено правото на здравје во рамките на работната организација, што не е во согласност со Законот за заштита на здравјето при работа.

Следните прашања имаа за цел да го оценат влијанието на економската и политичката ситуација во Република Македонија врз здравјето на граѓаните.

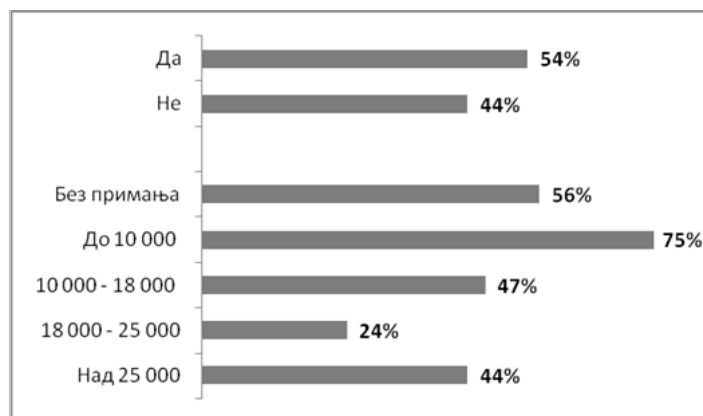
– ЕКОНОМСКАТА СОСТОЈБА ДИРЕКТНО ВЛИЈАЕ НА ЗДРАВЈЕТО НА ЛУЃЕТО

Единаесеттото прашање гласи:

*Ойшшо земено, дали би рекле дека сѐ биле во ситуација да мора да штедише на здравствени услуги и лекови?*

Одговорите се прикажани во графикон 12 на слика број 37.

Слика 37. Графикон 12



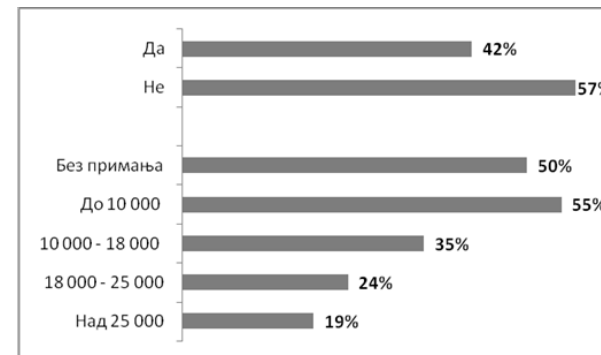
Граф. Бр. 12

Една половина од македонските граѓани биле во ситуација да мора да штедат на здравствени услуги и лекови. Резултатите од одговорите покажуваат дека во таква ситуација најчесто се нашле испитаниците без (56%) или со ниски месечни примања (75%). Ако се земе в предвид дека половината (150) од вкупниот број анкетирани спаѓаат во овие две групи, социјалната состојба на луѓето сè повеќе ги принудува да штедат на сопственото здравје. Дека бројот на луѓе кои мораат да штедат на здравствени услуги и лекови се зголемува, покажува и податокот од истражувањето на агенцијата „Рејтинг“, спроведено во септември 2009, според кое 24% од испитаниците штеделе на лекови.

Одговорите на единаесеттото прашање го потврдуваат и податокот од други досега споменатите истражувања, според кој Македонците најмногу се плашат да не останат без финансиски средства за лекови и медицинска грижа.

Кај колку од испитаниците се остварил тој страв, покажуваат одговорите на следното прашање: *Дали некогаш сѐ биле во ситуација да не се лекуваат или да не набават лекови заради немањето финансиски средства?*, кои се графички прикажани на слика број 38.

Слика 38. Графикон 13



Граф. Бр. 13

Резултатите од одговорите го потврдуваат заклучокот, според кој луѓето кои се во лоша социјална состојба не можат да си дозволат медицински услуги и лекови секогаш кога им се потребни. Сликата е идентична како и кај претходното прашање. Речиси половина од испитаниците не можеле да се лекуваат заради немање финансиски средства за лекови и медицински услуги. Потврдни одговори на ова прашање најчесто давале испитаниците без месечни примања (50%) или со многу ниски месечни примања (55%). Бројот на луѓе кои немале финансиски средства за здравствени потреби се намалува како што се зголемуваат месечните примања. Само тројца од испитаниците кои заработуваат над 25 000 денари месечно одговориле потврдно на ова прашање.

– Политичката состојба се рефлектира на здравјето на граѓаните

Ставовите на граѓаните за политичката состојба и нејзиното влијание врз нивното здравје се проценуваа со прашањето:

*Опишано земено, дали би рекле дека политичката состојба во земјата влијае на вашето здравје?*

Одговорите се графички прикажани на слика број 39.

Слика 39. Графикон 14



Граф. Бр.14

Како одговор на ова прашање, на граѓаните им беше понуден избор од неколку одговори, односно политичката состојба и нејзиното влијание врз здравјето е многу позитивно, главно позитивно, нема никакво влијание, многу негативно и не знам.

Според тоа, 1% од испитаниците сметаат дека политичката состојба во Република Македонија многу позитивно влијае на нивното здравје, 6% сметаат дека главно им влијае позитивно, 48% сметаат дека политичката состојба нема никакво влијание на нивното здравје. Негативна оценка за влијанието на политичката состојба врз здравјето дале 41% анкетирани од кои 23% оценуваат дека влијанието е главно негативно, а 18% многу негативно. 4% изјавиле дека не знаат дали политичката состојба има некакво влијание врз нивното здравје. 7% од испитаниците, кои влијанието го оцениле позитивно, во основа се млади луѓе, кои недоволно ги пратат политичките случувања и жители на рурални средини, кои имаат ограничен пристап до информации.

Од друга страна, негативна оценка даваат лица со и над 65 годишна возраст (53%), кои имаат најмногу слободно време и доследно ги следат сите медиуми кои информираат за политичката состојба во земјата, како и испитаниците без (36%) или со многу мали месечни примања (52%), за кои се претпоставува дека заради социјалните услови во кои живеат изразуваат големо незадоволство од целокупната политичка состојба и нејзиното влијание на нивното здравје.

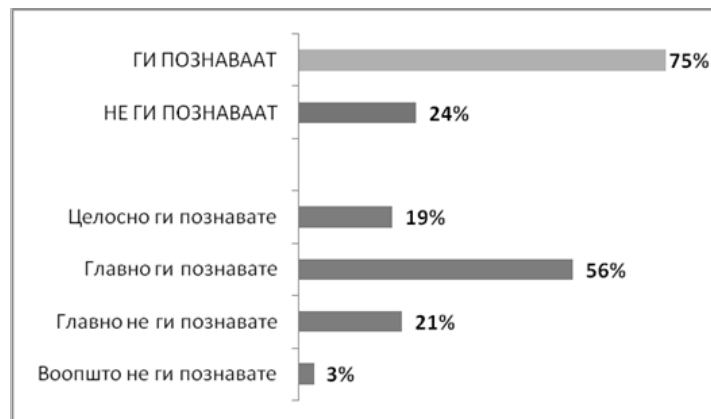
Прашалникот продолжува во насока на гледиштата на граѓаните за човековите права и слободи и правата поврзани со нивното здравје.

– Граѓаните на Република Македонија не ги познаваат во целост нивните права и слободи

За понатамошна анализа беше потребно да се утврди колку граѓаните ги познаваат правата поврзани со нивното здравје. Со таа цел беше поставено прашањето: *Ойшиџо земено, дали би рекле дека вашите љрава љоврзани со здравјето џи љознаваите/не џи љознаваите?*

Одговорите на испитаниците се прикажани на слика број 40 со графикон 15.

Слика 40. Графикон 15



Граф. Бр. 15

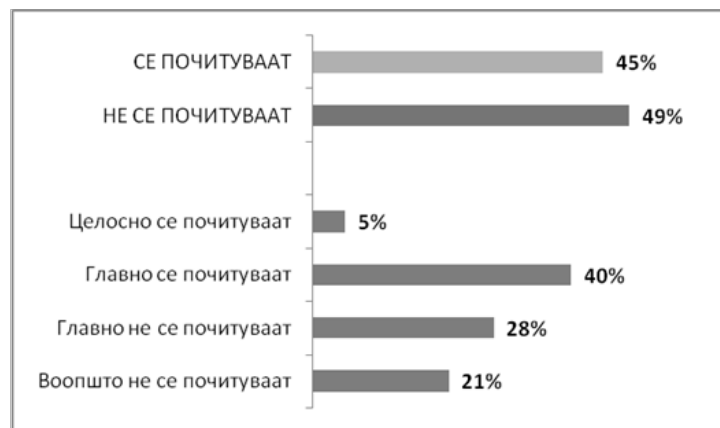
Иако ова прашање беше општо поставено, без прецизно дефинирање на правата поврзани со здравјето, испитаниците одговараа без колебање. Најголем дел 75%, изјавиле дека ги познаваат правата поврзани со нивното здравје, од кои 19% сметаат дека

целосно ги познаваат, додека 56% од анкетираниите изјавиле дека главно ги познаваат. Профилот на испитаници кои се изјасниле како познавачи на правата поврзани со здравјето е составен од постари граѓани, пообразовани и со поголеми примања. Од резултатите од одговорите на ова прашање, може да се заклучи дека како што граѓаните стареат, стануваат сè позаинтересирани за нивните права поврзани со здравјето, повеќе се информираат и расте свеста кај тие нив (процентот на потврдни одговори се зголемува како што се зголемува возраста од 18 на 65 години). Истиот тренд се појавува кога станува збор за образованието и месечните примања. Пообразованите испитаници (84%) изјавиле дека целосно или главно ги познаваат човековите права поврзани со здравјето. Процентот на испитаници кои одговориле дека ги познаваат овие права расте како што растат и месечните примања (на пример граѓаните кои живеат без или со многу мали примања само 67% ги познаваат, а тие со над 25.000 денари, 88% ги познаваат).

Од 24 % кои не ги познаваат овие права, само 3 % одговориле дека воопшто не ги познаваат правата поврзани со нивното здравје и тоа се млади граѓани на возраст од 18–29 години (8%), испитаници со основно образование (5%) и ниски месечни примања (9%).

Од одговорите на следното прашање: *Сџоред вашата оценка, дали би рекле дека љравата и слободите на џраѓаниите во Република Македонија се љочитуваат/не се љочитуваат?*, добиваме слика за тоа како тие ја оценуваат состојбата со почитувањето на човековите права и слободи. Слика број 41.

Слика 41. Графикон 16



Граф. Бр. 16

Само 15 испитаници (5%) сметаат дека човековите права и слободи во Република Македонија целосно се почитуваат. Една половина анкетирани (49%) тврдат дека човековите права и слободи не се почитуваат. 45% од оние граѓани кои сметаат дека човековите права и слободи целосно или главно се почитуваат се високо образовани (60%), со поголеми месечни примања (65%) и жители на Скопје (62%). Спротивно на тоа, граѓани кои мислат дека човековите права и слободи главно не се почитуваат (28%) и воопшто не се почитуваат (21%), се со пониско образование, помали месечни примања, припадници на други етнички групи и жители на село или помал град. Добиените резултати наведуваат на заклучок според кој на пониските социјални слоеви почесто им биле прекршувани човековите права и слободи и поради тоа не веруваат дека човековите права и слободи се почитуваат во Република Македонија.

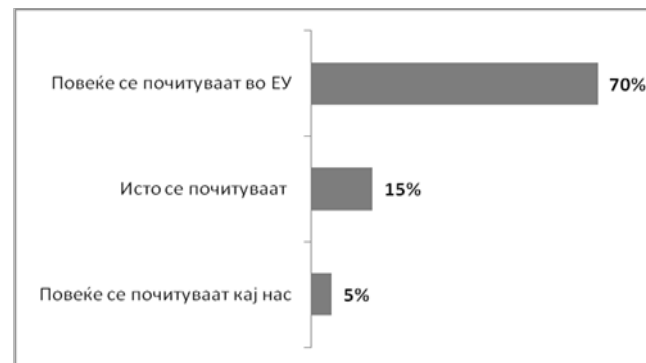
– Членството во Европската Унија  
КАКО ДЕВИЗА ЗА ПОДОБРО ЗДРАВЈЕ

Испитаниците одговараа и на прашања поврзани со Европската Унија, со цел да се добие споредбена анализа за перцепциите на граѓаните за исти проблематики, односно здравството и човековите права.

На прашањето: *Според вашето мислење, дали правата и слободите повеќе се почитуваат кај нас или во државите од Европската Унија?*, беа понудени одговорите: *повеќе се почитуваат кај нас, исто се почитуваат, повеќе се почитуваат во ЕУ и не знам.*

Графички се претставени одговорите во слика број 42.

Слика 42. Графикон 17



Граф. Бр. 17

211 (70%) испитаници сметаат дека човековите права и слободи повеќе се почитуваат во земјите на Европската Унија, отколку во Република Македонија. 45 (15%) мислат дека нема разлика во степенот на почитување на човековите права и слободи во земјите на ЕУ и Република Македонија, 28 (10%) не знаат, од-

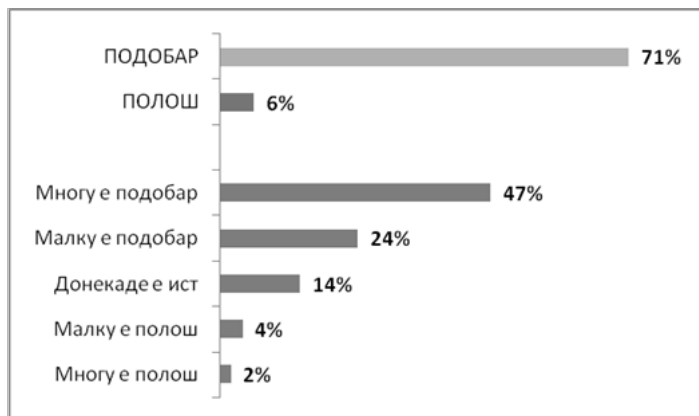


носно, не можат да оценат дали има разлика во владеењето на правото и само 16 (5%) анкетирани веруваат дека состојбата во оваа област е подобра во Република Македонија. Нема големи разлики во однос на социо – демографските белези на испитаниците кои мислат дека човековите права и слободи повеќе се почитуваат во земјите – членки на Европската Унија. Граѓаните без разлика на возраста, полот, образованието, етничката припадност, месечните примања и местото на живеење, едноставно, веруваат дека жителите на Европската Унија повеќе уживаат во своите права и слободи.

Мислењето на испитаниците за здравствените системи на земјите членки во Европската Унија беше изразено преку одговорите на прашањето: *Сметате дека здравствениот систем во земјите од Европската Унија, споредено со Република Македонија, е многу подобар; малку подобар; донекаде е исти; малку е полош; многу е полош; не знам, не можам да оценам?*

Одговорите се прикажани во Графикон 18, слика број 43.

Слика 43. Графикон 18



Граф. Бр. 18

47% од испитаниците сметаат дека здравствениот систем е многу подобар во земјите на Европската Унија, 24% сметаат дека е малку подобар, 14% оцениле дека здравствените системи се донекаде исти, како во ЕУ, така и кај нас, додека, 4% мислат дека здравствениот систем во нашата земја е малку полош, а 2% многу полош. 9% од граѓаните не можат да го споредат здравствениот систем во земјава со земјите на Унијата. Генералната оценка покажува дека секој седми граѓанин верува дека европските држави, членки на ЕУ имаат подобри здравствени системи. Толкувањето на одговорите на анкетираниите покажува дека попозитивно мислење за здравствените системи на земјите имаат граѓани кои се помлади, на возраст од 18–49 години (77%) и оние кои заработуваат повеќе, односно над 25 000 (81%). Се претпоставува дека тоа се група граѓани кои почесто патуваат и имале можност за некакви искуства со здравствените системи на некои од земјите кои се членки на Унијата.

Како финално беше поставено прашањето: *Според вас, дали со членството на Македонија во Европската Унија состојбата во здравството? (ќе се подобри значително; ќе се подобри малку; нема да има никакво влијание; ќе се влоши малку; ќе се влоши многу; не знам.* Графикон 19, слика број 44.

Слика 44. Графикон 19



Граф. Бр. 19

Проценка на 29% анкетирани е дека состојбата со македонското здравство значително ќе се подобри, а 28% дека малку ќе се подобри. Значи, речиси секој шести граѓанин во Република Македонија верува дека здравството во Република Македонија, со зачленувањето во Европската Унија, ќе стане подобро. Песимистички став изразуваат само 8% испитани кои проценуваат дека состојбата во здравството малку или многу ќе се влоши, додека, 28% сметаат дека таа ќе остане непроменета. 7% не изразиле никаков став по ова прашање. Најголема верба во подобар здравствен систем изразиле испитаниците од друга етничка припадност (Албанци 64% и 73% друга етничка припадност), потоа тие кои живеат во село (62%). Најмногу негативни одговори, односно дека состојбата ќе се влоши најчесто мислат постарите граѓани (9%, 50–64 години) и (12, 65+ години). Во однос на местото на живеење, најголем број на испитаници, кои мислат дека состојбата многу или малку ќе се влоши, се жители на Скопје (12%).

## ЗАКЛУЧОК

Идејата за човековите права проникнува уште во античко време. Модерното разбирање на човековите права, врз кое, денес, се заснова демократијата, се раѓа со Универзалната декларација за човекови права, во 1948 година. Оттогаш, унапредувањето и заштитата на човековите права придобиле силно внимание од заедниците и нациите ширум светот. Законските санкции, кои се подразбираат кога се прекршува некое човеково право, ги принудуваат државите да ги запознаат нивните обврски кон човековите права. Нивната усогласеност со нормите на човековите права, е надгледувана од други држави, невладини организации, медиуми и приватни индивидуи.

Опширно е законодавството што ги гарантира, штити и унапредува човековите права и слободи. Одредбите посветени на човековите права и слободи се дел од голем број декларации, конвенции, повелби и договори, донесени од меѓународни, регионални и национални институции. Организациите како Организацијата на обединетите нации, Советот на Европа и Европската Унија ја имаат клучната улога во нивното одредување. Некои од нив се повеќе обврзувачки од други, меѓутоа сите имаат значително влијание на глобално ниво.

Иако најстар современ документ за човековите права, Универзалната декларација за човекови права и слободи на Организацијата на обединетите нации, сè уште се смета за најзначаен документ за човекови

права и извор од кој црпат идеи сите останати документи. Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права на Организацијата на обединетите нации е водечки документ за економските, социјални и културни права. Од 2000-та година, на пиедесталот за заштита на човековите права и слободи, на регионално ниво, е Повелбата за фундаменталните права на Европската Унија.

Порастот на законитоста на нацрт – планот за човекови права лежи во зголемената примена на стандардите за човековите права, со постепено проширување на бројот на учесници во светската заедница. Доделувањето на Нобеловата награда за мир во врска со човековите права на Амнести Интернационал ('Amnesty International') и на г-ѓа Ригоберта Менчу, го симболизира високо достигнатото ниво на современ интерес и грижа за човековите права.

Меѓутоа, сликата се заматува кога се работи за економските, социјалните и културните права. Демократските општества се засноваат на владеењето на граѓанските и политичките слободи и права, додека економските, социјалните и културните права и нивната реализација наоѓаат на препреки, дури и во најразвиените општества.

Во овој труд, потесна рамка на истражувањето беа токму економските, социјалните и културните права, кои ја обезбедуваат социјалната и економска положба и сигурност на човекот во општеството. Најпрецизно беше анализирано правото на здравје. Овој труд го нагласува правото на здравје како фундаментален дел од човековите права и слободи, што се заснова на теоријата според која правото на здравје се изведува од основното човеково право – правото на живот. Во членот 3 од Универзалната декларација за

човекови права, се истакнува: *Секој има право на живот, слобода и сигурност*. Од овој член произлегува и правото на здравје, односно секој човек има право на живот – секој има право на здравје. Човековите права и слободи се всушност гаранција за живот и здравје.

Правото на живот како основно право од корпусот лични права определува дека животот на човекот е неприкосновен и во повисока форма го опфаќа правото на среќа. Оттаму, овој труд се надоврзува на правото на здравје како главен предуслов за среќа и живот. Преку анализата на другите човекови права и нивната поврзаност со здравјето, може да се констатира дека правото на здравје е неопходен услов за уживање на другите човекови права. Анализата на врската меѓу здравјето и човековите права покажува дека меѓу нив постојат заемни, испреплетени односи.

Правото на здравје, во неговото севкупно значење, може да се одреди како право на живот, исполнет со највисоко можно физичко и ментално здравје, достапно на сите индивидуи. Меѓутоа, самото одредување на принципите на право на живот и право на здравје сè уште минува низ еволуциски процес. Уставите го третираат правото на здравје како право што е во интерес на човекот и заедницата, односно, граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје.

Првиот дел на овој труд, кој во основа ги опфаќа дефинициите на категориите, кои се предмет на овој труд, потврди дека човековото право на здравје е тешко одредливо во еден член или реченица. Самиот поим „здравје“ е комплексна категорија и опфаќа мноштво фактори. Тешко е да се издвои неговата поврзаност со останатите фактори или пак, категорично да се дефинира, како некои други права.

Од една страна, тука се личните карактеристики, генетската предодреденост кон болести и односот на секој поединец кон сопственото здравје. Од друга страна, тука се сите фактори кои општествените, економските и производните движења ги носат со себе, а имаат големо значење врз здравјето на луѓето.

Во текот на истражувањето беа забележани различни теории кои го негираат правото на здравје како човеково право, од причина што го одредуваат голем број фактори кои влијаат на здравјето, а неможат да се контролираат од страна на државата, односно од тој што ги гарантира. Факт е дека било која дефиниција за правото на здравје не би била доволно опширна да ги опфати социјалните, економските, организационите, научните и техничките компоненти и поврзаноста меѓу нив.

Предмет на анализа на вториот дел од трудот беа факторите кои влијаат на здравјето, односно *Социјалните аспекти на здравјето*.

Основниот параметар на здравјето на една популација е всушност еден од светски прифатените параметри кои укажуваат на економската моќ на една држава. Тоа е смртноста на новороденчиња ("InfantMortalityRate"), кој покажува колку деца умираат на раѓање во една земја. Беше направена споредба меѓу повеќе европски земји и Република Македонија. Македонија може да се постави некаде во средината на листата на европски држави, со 11 умрени на 1000 новородени. Мора да се признае дека ова мерило не ја покажува состојбата во здравството во многу лошо светло, имајќи предвид дека Турција која е, исто така, земја-кандидат за членство има индекс од 36 мртви на 1000 родени. Сепак, анализата покажува дека што е помал индексот, тоа е поразвиена државата, затоа

што има поразвиено здравство, односно здравствен систем чиј развој е директно поврзан со инвестициите во секторот и ништо друго. Земјите од Европската Унија кои се одамна членки имаат многу мал индекс од околу 3-4 мртви на 1000 новородени.

Забележлива е разликата меѓу ЕУ и двете земји кандидати – Турција и Македонија. Третата држава, кандидат за членство, Хрватска има здравствен профил кој е поблизок до оној на земјите од Централна и Источна Европа и Европската Унија. Сепак, уште од 1980-та година, стапката на смртност на новороденчиња во сите земји кои станале членки на Унијата е намалена на просек под 10 на 1000 новородени, освен во Бугарија и Романија, што е примерот, како и во другите кандидати за членство, Турција и Македонија.

Статистиките за здравјето покажуваат дека здравјето на популацијата на Европската Унија продолжува да расте. Меѓутоа, има значителни разлики меѓу земјите во однос на животниот век, стапката на смртност на новороденчиња и смртноста што може да се избегне. Очекуваниот животен век на раѓање се зголемува во сите земји и жените во просек продолжуваат да живеат подолго од мажите. Двете нови земји – членки на ЕУ, Бугарија и Романија заостануваат под просекот на ЕУ во многу индикатори за смрт и болести.

И во однос на животниот век на граѓаните, како втор параметар на здравјето, Република Македонија со 73 годишна возраст како очекуван животен век е подобра од некои ново примени земји, како што се Бугарија и Романија со 70-71 година. Меѓутоа, просекот на првите 15 земји на Европската Унија е 79 години, што значи 6 години подолг живот од Македонците.

Болестите се главните непријатели на здравјето. Најголема смртност во Македонија е предизвикана

од болести. Најчести болести се кардиоваскуларните и невропсихијатриските, а бројката на заболени сè повеќе се зголемува. Тутунот, крвниот притисок, дебелината, лошата исхрана, физичката неактивност, алкохолот и загадувањето од околината се фактори кои лошо влијаат на здравјето на Македонците. Преку подобрувањето на животниот стандард и условите во здравството може да се придонесе за подобро општо здравје. Токму затоа, Европската Унија презема сè што е можно за да ги подобри животните услови и со тоа да го намали бројот на заболувања и да го зголеми животниот век на граѓаните. Република Македонија треба да го следи тој пример.

Најистражуван фактор кој влијае врз здравјето е социо – економскиот статус, покажаа анализите.

Условите за живот најмногу влијаат врз здравјето на луѓето, па затоа многу често се дава предност на социо – економските индикатори при одредување на здравствената состојба на населението. Нееднаквостите во примањата, образованието, домаќинството, вработувањата влијаат на здравјето на популацијата, директно (на пример, добро живеалиште го намалува ризикот од лошо здравје) и индиректно преку психолошки фактори (како стрес).

Несаканите социо – економски услови влијаат и на другите индикатори како смртноста при раѓање, болестите, животниот век и секако го уназадуваат здравјето. Сиромаштијата е најголем загрозувач на здравјето. Индивидуите од пониските социјални групи имаат највисока стапка на заболувања, ментално нарушување и смртност меѓу поголемиот дел од населението. Образованието, како дел од социо – економскиот статус, исто така, влијае на здравјето. Истражувањето покажува дека образованите луѓе

имаат поголеми можности да најдат добро платена работа, што позитивно влијае на здравјето и спротивно на тоа, необразованите имаат мали можности за добро вработување, имаат ниски приходи и како последица на тоа стрес и болести.

Степенот на образование на родителите е важно за целото семејство, повторно од финансиска гледна точка, затоа што се претпоставува дека родителите со повисок степен на образование подобро заработуваат и овозможуваат на подобри услови за живот на семејството.

Во рамките на вториот дел од трудот беа претставени неколку социо – демографски елементи и нивната поврзаност со здравјето, како полот и културата. Се истражува нивната поврзаност со правото на здравје, од аспект на дискриминацијата.

Заклучните согледувања од ова поглавје покажуваат дека полот влијае при остварувањето на правото на здравје. И покрај тоа што, човековите права и слободи се гарантирани без дискриминација по која било основа, дури и денес во 21 век, присутна е дискриминација кај жените при остварување на правото на здравје.

Културата како склоп на традиција, вредности, верувања и ставови има влијание врз секој сегмент од животот на луѓето, па така и врз здравјето. Влијае врз самите сфаќања за здравјето и врз себе – перцепцијата, па затоа поимањето на човековите права поврзани со здравјето се разликува во разни култури. Врската меѓу културата и здравјето најдобро може да се забележи преку разликите во однос на здравјето кај некои народи, односно разликите во однос на исхраната, животниот стил, статусот на жената, душевното здравје итн. Колку и да е универзална идејата за човековите

права, разликите не можат да се искоренат. Меѓутоа, со оглед на тоа што културата е прилагодлив и променлив процес, може да се влијае на неа со цел унапредување на здравјето. Културата на јавно здравје може да влијае на унапредувањето, но и на назадувањето на севкупно сфатениот поим „здравје“. Во овој сегмент е важна едукацијата за јавното здравје, како концепт кој директно влијае на здравјето на целото општество. Културата, во односот меѓу здравствените работници и пациентите, се разликува од земја во земја и може да биде пресудна за човечкиот живот во одредена ситуација. Културните права имаат за цел да им дадат универзална вредност на основните културни вредности и да овозможат почитување на достоинството на секој човек.

Третиот дел од структурата на трудот ја прикажува состојбата со човековите права и правото на здравје во Европската Унија и Република Македонија. Сè со цел да се направи споредба и да се процени можното влијание на Европската Унија врз почитувањето на правото на здравје во РМ.

Од создавањето на Европската Унија до денес состојбата со човековите права е значително променета. Заштитата на човековите права не била голем предмет на интерес во почетниот период на развој на Европската Унија, сметајќи дека тие се соодветно опфатени од Советот на Европа и Европската конвенција за заштита на човековите права и слободи. После многу години поминати во размислувања за тоа дали на Унијата ѝ е потребен сопствен документ за заштита на човековите права, денес состојбата е поинаква. Повелбата за фундаменталните права на Европската Унија е формална изјава за човековите права на ЕУ и израз на највисока заштита на човековото достоин-

ство. Иако, овој документ не е ништо поразличен од останатите документи на Организацијата на обединетите нации и Советот на Европа, од неговото усвојување во 2000 година, институциите се повикуваат на неговите одредби и е задолжителен за земјите.

Институциите кои играат улога во остварувањето на човековите права се Европската комисија, Парламентот, Европскиот совет, а како „чувар“ се активира Европскиот суд на правда. И покрај тоа Повелбата за фундаменталните права е назначена за официјален документ за човековите права во Унијата, продолжува да се испреплетува влијанието на Советот на Европа и Организацијата на обединетите нации, а институциите, во одредени случаи, се повикуваат на Европската конвенција за човекови права, Европската социјална повелба, Меѓународниот пакт за граѓански и политички права итн.

Што се однесува до правото на здравје, суштинска улога има соработката на ЕУ со Светската здравствена организација. Зборовите со кои е основана СЗО и денес претставуваат главна девиза на ЕУ во остварувањето на правото на здравје. Соработката меѓу Европската комисија и регионалната канцеларија на СЗО за Европа сè повеќе се интензивира. Документите на СЗО со кои се гарантира, штити и унапредува правото на здравје, се прифатени од сите земји, а дел од нив се и заеднички креирани. Европските здравствени цели на СЗО се прифатени како задолжителни при предефинирање на здравствените политики.

Забележливо е залагањето на Европската Унија кон зголемување на животниот век на нејзините граѓани и нема потреба од поголем показател дека почитувањето на правото на здравје е поставено на пиедестал. Целта за подобрување на просечното ниво на здравје

на популацијата треба да биде важно за секоја влада, како што тоа е посебно акцентирано во Европските земји. Заложбите даваат резултати. Подобрувања се забележуваат во последните пет декади и тоа во здравствениот статус и условите за живеење и работење во Европа. Меѓутоа Унијата се соочува со проблемот предизвикан од прием на нови членки со послабо развиени здравствени системи, како и недоволно почитување на човековите права и слободи.

Како и да е, нивото на хетерогени карактеристики на условите за живеење значително расте и ќе продолжи да се шири како што се зголемува Европската Унија.

Конечно, нивото на смртност, кое може да се избегне со навремена и ефективна здравствена заштита (Avoidable Mortality) е подобрена во сите земји на Европската Унија, што ја покажува ефективноста на здравствените услуги и превентивните здравствени акции.

Хармонизацијата на законодавството и неговата имплементација со воспоставување на ефикасен систем на заштита на човековите права, се одвива тешко, иако сите земји со влезот во Унијата ги имаат прифатено и ратификувано документите со кои ЕУ ги гарантира и заштитува човековите права и слободи. И покрај тоа што, почитувањето и остварувањето на правото на здравје претставува стандард на територијата на Унијата, сепак постојат нееднакости во неговото остварување. Причината за таквата состојба е многу јасна доколку, пред сè, ја имаме предвид економската детерминираност.

Претпристапната политика и условеноста на членството во Унијата може да ги „натера“ земјите да ја подобраат заштитата на човековите права. По анали-

зата на пристапниот процес, може да се заклучи дека тој е комплексен и долг, а со сè поголемото проширување, правилата стануваат построги.

Унификација на правниот систем на Европската Унија е целта кон која се тежнее. Уникатноста на секоја земја го отежнува тој процес, меѓутоа Унијата преку нејзините инструменти настојува државите да се прилагодуваат постепено на барањата и критериумите. Унапредувањето на човековите права и правото на здравје е дел од големата лепеза на политички, економски и административни критериуми кои мора да се исполнат.

Република Македонија учествува во „трката“ за исполнување на тие критериуми.

Моменталната состојба со човековите права, покажува дека и покрај уставната определба на Република Македонија како демократска држава, која се стреми кон почитување на човековите права и слободи, реалноста посочува на поинаква слика. Човековите права и слободи се гарантираат како највисока демократска вредност. Вградени се во Уставот, а заштитени од судовите. Исто така, се ратификувани најзначајните меѓународни документи за човекови права. Меѓутоа, општиот впечаток е дека се вложува севкупниот труд за решавање на економските и политичките проблеми, додека човековите права се фрлени во сенката на законските процедури. Како доказ на ваквиот став може да се приложи работата на Народниот правобранител и бројот на претставки поднесени заради прекршување на човековите права, при што од 117 поднесени претставки во 1997, се зголемил на 3632 во 2009 година.

Наспроти генералниот став за прекршување на човековите права и привидот за поголемо почитување на политичките и граѓанските слободи и права, сос-

тојбата во однос на економските, социјалните и културните права е на уште понезавидно ниво. Ваквата ситуација лошо се имплицира врз правото на здравје.

Здравството во Република Македонија содржи остатоци од стариот југословенски систем, а лошата економска состојба и тешкиот период на транзиција сè уште го уништуваат. Недостигот од концепт за јавно здравје; лошо организираните здравствени системи; неетичките, ненавремни здравствени услуги; корупција во здравството се само дел од проблемите кои имаат порозен ефект врз остварувањето на правото на здравје.

Анализите на индикаторите кои влијаат на здравјето и остварувањето на правото на здравје во Република Македонија, создаваат слика за Македонија како земја со релативно добро ниво на економски, човеков и здравствен развој, споредено со светот во целина, но прилично е далеку од нивото кое го имаат земјите на Европската Унија. Како што е погоре наведено, во однос на стапката на смртност и животниот век, Македонија е некаде на средината меѓу најразвиените и најслабо рангираните европски земји. Потоа, бројот на болнички кревети кој спаѓа во серијата на физички показатели за здравствениот сектор, исто така, е задоволителен. Македонија, според бројот на болнички кревети е во рамките на категоријата на земји во чија група и самата спаѓа, според нивото на развиеност. Бројот на ангажираниот персонал иако не е во рамките на најоптимални и посакувани стандарди, исто така, е задоволителен. Бројот на осигуреници што се опфатени со системот на социјално осигурување е исклучително висок.

Здравствената политика на Република Македонија се креира во духот на евроинтегративниот процес. Имплементирањето на препораките на Унијата, испол-

нувањето на условите за членство се основни двигатели за планираните политики, програми и реформи. Унијата инсистира на здравствена политика која обезбедува здравствен систем што придонесува за општествената добросостојба и кохезија и Владата на Република Македонија ја исполнува таа обврска. Досега објавените програми и планираните програмски цели потполно се во согласност со барањата и очекувањата за посакуваниот статус на земја – кандидат. Проблем претставува имплементацијата на тие цели и задачи, кои затајуваат на патот од донесување до нивно спроведување.

Четвртиот дел од истражувањето претставува анализа на голем дел од документите со кои, целосно или делумно, се гарантира правото на здравје како фундаментален дел од човековите права и слободи.

Јасно е дека сите демократски држави се засновани врз темелите на демократијата, во кои се поставени гаранциите за почитување на човековите права и слободи како врвни приоритети. Во однос на економските, социјалните и културните права и нивното исполнување, државите создаваат социјални услови за живеење во кои граѓаните ќе можат да се образуваат, вработуваат, информираат и добиваат здравствени услуги. Со други зборови, се воспоставува систем на медицинска и здравствена заштита која, покрај другото, вклучува јавна здравствена служба и медицинска заштита на целото општество, но и соодветен систем на здравствено образование. Колку се применуваат овие идеали во реалноста и колку државите ја исполнуваат обврската да ги обезбедат сите наведени услови универзално, за сите луѓе, без никаква дискриминација, зависи од степенот на развиеност и демократизација на општеството, организацијата на општествениот систем, спроведуваните политики и практики



итн. Заради големите разлики кои постојат во законодавството, здравството и економската развиеност на земјите, меѓународните декларации, конвенциите и договорите имаат улога да ги усогласат гаранцијата и заштита на човековите права во сите земји.

Опфатени беа документи на Организацијата на обединетите нации, Советот на Европа и Европската Унија, како Универзалната декларација за човекови права, Европската конвенција за човекови права, Европската социјална повелба, Меѓународниот пакт за економски социјални и културни права, Конвенцијата за правата на детето, Конвенција за заштита на човековите права и достоинството на луѓето во поглед на примената на биологијата и медицината и Повелбата за фундаментални права на Европската Унија. Потоа, неколку важечки документи на Светската здравствена организација, со кои се гарантира правото на здравје: Декларацијата од Алма – Ата, Повелбата од Отава, Декларацијата од Џакарта, Амстердамската декларација, Повелбата од Талин, Документот за здрави градови и Меѓународните здравствени прописи. На крај, се анализираат законите со кои се гарантира и штити правото на здравје во Република Македонија, односно како е одредено со Уставот, во Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Законот за заштита на правата на пациентите, Законот за заштита на здравјето при работа итн.

Заклучокот од сеопфатната анализа на овие документи е дека правото на здравје е признато во многу универзални меѓународни договори кои се светски прифатени.

Правото на здравје во ниеден документ не е директно формулирано како „право на здравје“. Во основните документи за човекови права се среќава

како право на здравствена заштита, право на животен стандард кој обезбедува физичко и ментално здравје или индиректно може да се изведе од правото на живот, забрана за насилство, тортура и мачење и слично. Документите на Европската Унија ги опфаќаат сите елементи на здравјето и повеќе се формулирани како задачи, цели и препораки за унапредување и заштита на здравјето. Особено значење има Европската повелба за правата на пациентите, во која се утврдени правата на пациентите, каде во секое право се содржи правото на здравје. Документите на Светската здравствена организација му придаваат големо внимание на здравјето, со што правото на здравје добива нова и поголема димензија. Најактуелен е Меѓународниот мултилатерален договор на Светската здравствена организација, каде се содржани Меѓународните здравствени прописи, кои влегоа на сила во 2007 година и имаат за цел да го штитат правото на здравје преку контрола и спречување на болестите, а се прифатени во сите земји на Европската Унија.

Уставот на Република Македонија не го гарантира правото на здравје како основно човеково право. Во делот за економски, социјални и културни права, се гарантира правото на здравствена заштита. Членот 39 го гарантира правото на здравствена заштита, кое Уставот го третира како право што е во интерес на човекот и заедницата. Затоа, според Уставот, граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите. Слично е дефинирано и во останатите закони.

Можеби правото на здравје најексплицитно е предвидено во член 25 на Универзалната декларација за човекови права („Секој има право на животен стандард соодветен на неговото здравје и благосостојба,

на здравјето и благосостојбата на неговото семејство, вклучувајќи храна, облека, здравствена и медицинска нега и неопходни социјални услуги“). Светската здравствена организација ја нагласува „благосостојбата“ како дел од правото на здравје, која како поим е исто така тешко одредлива. Ваквата широка и визионерска дефиниција на здравјето во Преамбулата на Статутот на Светската здравствена организација е наведена како „состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест“.

Оттогаш, многу други меѓународни договори за човекови права го препознаваат или познаваат делови од него како право на медицинска грижа.

И покрај проблемите со дефинирање на ова право во најконкретна, најодредлива форма, правото на здравје е релевантно во сите земји. Секоја земја има ратификувано барем еден документ за човекови права во кој се споменува правото на здравје. Со тоа, државите се обврзуваат да го штитат ова право како фундаментален дел на човековите права, преку меѓународни декларации, домашното законодавство и политики, како и многу меѓународни конференции.

Декларациите, конвенциите и договорите имаат големо влијание врз почитувањето на човековите права и слободи на меѓународно ниво. Во сите европски земји постои одредена перцепција за постоењето на правото на здравје.

Како економско, социјално и културно право, правото на здравје е опфатено во Европската социјална повелба и Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, каде што здравјето поконкретно се одредува како човеково право.

Како последен дел од структурата на овој труд беа претставени резултатите од статистичката

анализа за перцепцијата на граѓаните во Република Македонија за здравјето и човековите права.

Обработените податоци добиени како резултат на одговорите на 150 испитаници потврдуваат дека е оправдана претпоставката за здравјето како најголем идеал. Во најголем број (99 проценти) испитаниците се согласуваат дека здравјето е основен предуслов за нивната среќа.

Искуствата на испитаниците со здравствениот систем на Република Македонија, во основа, се негативни. Социјалниот статус има големо влијание врз остварувањето на правото на здравје. Имено, социјално загрозените слоеви добиваат полош медицински третман (услуга и однос) кога имале искуство со здравствениот сектор. Повисоките слоеви во општеството се попривилегирани и помалку загрозени од неефикасното здравство. Меѓутоа, тие се посвесни за правата поврзани со здравјето, поради што имаат и поголеми очекувања и почесто се жалат како израз на незадоволството од здравствениот систем.

Резултатите покажуваат дека постои дискриминација при остварување на правото на здравје во Република Македонија. Најизразен е дискриминацискиот однос на здравствените работници врз основа на културата, односно етничко потекло и местото на живеење.

Во однос на животниот стил, кај Македонците не е доволно развиена свеста за обврските кои ги имаат кон сопственото здравје. Сфаќањето за концептот „здрава храна“ е нејасен, додека само младите луѓе почесто практикуваат некакви физички и рекреативни активности.

Економската ситуација во земјата влијае врз остварувањето на правото на здравје. Голем дел од

граѓаните, речиси половина, биле принудени да штетат на здравствени услуги и лекови. Со оглед на резултатите од претходни истражувања, економската криза и сè поголемото осиромашување на населението ја влошува состојбата и сè повеќе се зголемува бројот на луѓе кои не можат да си дозволат никакви здравствени услуги. Политичката состојба влијае на здравјето на постарите и необразованите испитаници, кои покажуваат поголем интерес за вестите кои ги презентираат медиумите.

Состојбата со почитување на човековите права во Република Македонија се перципира како полоша од земјите на Европската Унија. Половина од граѓаните сметаат дека недоволно се почитуваат човековите права и слободи во Македонија. Граѓаните со повисок социјален статус повеќе се запознаени со правата поврзани за здравјето. Најголем дел од граѓаните – испитаници сметаат дека во земјите на Европската Унија повеќе се почитуваат граѓанските права и слободи. Речиси 70% веруваат дека земјите имаат подобри здравствени системи.

Најголемиот дел се надеваат дека состојбата во здравството на Република Македонија ќе се подобри со членството во Унијата и како резултат на тоа, подобро ќе се остварува правото на здравје.

Со оглед на сите горенаведени параметри може да се констатира генерален заклучок како потврда на хипотезите од овој труд. Почитувањето на правото на здравје во Република Македонија е значително определено од меѓународното законодавство, односно документите од областа на здравството и човековите права, кои во Р. Македонија се имплементираат како посебен вид на т.н. „меко“ законодавство. Истражувањето потврди дека Република Македонија

во сферата на човековите права е под големо влијание на Европската Унија. Иако, како што можевме да забележиме гаранциите за човековите права не доаѓаат единствено од институциите на Европската Унија, туку и од другите меѓународни актери. Затоа не е доволно да се заклучи дека правото на здравје е исклучиво под влијание на документите на Европската Унија. Во Република Македонија се ратификувани голем број меѓународни документи за заштита на човековите права и слободи, кои се донесени многу години пред Унијата да покаже вистински интерес за човековите права. Меѓутоа, врската меѓу документите со кои се гарантираат човековите права и слободи навистина е испреплетена. На пример, Европската конвенција за човекови права како основа ја има Универзалната декларација за човекови права, а Повелбата за фундаменталните права, црпела идеи од Европската конвенција за човекови права.

Денес, влијанието на Европската Унија врз почитувањето и остварувањето на правото на здравје во Република Македонија е изразено од две причини. Прво, самиот процес на интеграција на Република Македонија во Унијата е условен од политиките и документите на ЕУ. Едноставно, тоа е патот кој мора да се помине во процесот на исполнување на условите за членство. Македонија мора да го усогласи законодавството во секоја област, па и во однос на заштитата на човековите права. Второ, правото на здравје во последниве години добива поголемо внимание на глобално ниво. Соработката меѓу Светската здравствена организација и Европската Унија е интензивирана и резултира со заеднички документи, програми и планови за подобро здравје, кои стануваат водечки цели за земјите-членки. Сите понови документи од областа

на здравството и човековите права, на кои им пристапила Република Македонија, се дел од политиките и програмите на Европската Унија и Светската здравствена организација.

Проблемот се јавува тогаш кога треба да се имплементираат барањата, кои ги содржат овие конвенции. Недостатоците, кои се појавуваат во процесот на остварување на правото на здравје, како фундаментален дел на човековите права, кои беа погоре анализирани, покажуваат дека гаранциите на меѓународните документи за човекови права, заглавуваат на патот од нивното ратификување до имплементацијата. Односот на Република Македонија кон човековите права и слободи очигледно е формален само на хартија, додека во реалноста се третира како меко законодавство.

Квалитетот на здравството и почитувањето на правото на здравје во Р. Македонија се на пониско ниво, бидејќи во здравствените практики недоволно се имплементирани основните права поврзани со здравјето на граѓаните. Иако според некои од индикаторите за здравство, РМ не е многу далеку од просекот на Унијата, во реалноста здравството се соочува со проблеми кои не се типични за земјите. Неквалитетните здравствени услуги; ненавремена, неадекватна нега; неетички и непрофесионален однос на здравствените работници, како и недоволна информираност на граѓаните се доказ за индиферентниот однос на здравствените институции кон овие основни права и слободи. Реформите што се воведуваат под притисокот за членство во Унијата се натрупуваат и уште повеќе го отежнуваат функционирањето на здравствениот систем. Македонците се многу незадоволни од здравјето и здравствените услуги за

разлика од Европејците. Ретко се жалат заради прекршување на нивните права поврзани со здравјето, од причина што не ги познаваат доволно своите права и делумно затоа што немаат доверба во системот за заштита на тие права. Споредбата на резултатите од истражувањата, кои се направени пред донесувањето на Законот за заштита на правата на пациентите и тие потоа, покажуваат дека состојбата незначително се подобрила. Сепак значителен дел од граѓаните (пациентите) немаат сознание за своите права и слободи во овој домен. Позапознаени со овие права се повисоко образованите и граѓаните со поголеми примања.

Политиката на Република Македонија во однос на здравјето и човековите права се креира под влијанието на Европската Унија. Во овој период, во претпристапниот процес, се прават забрзани напори за реформирање на севкупниот општествен систем. Оттука, произлегуваат програмите и планираните цели на РМ во оваа област. По структурната анализа на програмите на Владата во последниве години, може да се забележи дека тие се планираат според примерот и барањата на Унијата, меѓутоа, во практика, политиките и стратегиите на надлежните институции сè уште се општи и неефикасни. Владата континуирано донесува програми со планови за реформи, цели и акции за подобрување на состојбата во здравството. Тешко се гледаат ефектите од нивното спроведување, меѓутоа еден ден реформите мора да почнат да се остваруваат. Важно е дека еднаш кога ќе се тргне на патот за Унијата, тој пат мора да се изоди. И факт е дека не сите земји влегле во семејството целосно подготвени.

Социјалната состојба има големо влијание за остварување на правото на здравје како човеково право. Граѓаните од подолните нивоа на скалата на социо

– економски статус, нецелосно го остваруваат правото на здравје како фундаментален дел од човековите права во Република Македонија.

Пазарните сегменти во здравството ја намалија ефикасноста на јавното здравство, кое се уништува за сметка на приватните здравствени установи. И додека граѓаните со повисоки месечни примања можат да си дозволат здравствени услуги во приватното здравство, подолните социјални слоеви имаат потежок пристап кон квалитетно здравство. Граѓаните од ниските слоеви незначително се упатени во нивните права и слободи во доменот на здравството. Социјалната исклученост на определени групи го отежнува нивниот пристап кон било какви здравствени услуги. Сè поголем е бројот на граѓаните кои мора да штедат на здравствени услуги и лекови и сè повеќе се остварува најголемиот страв на македонските граѓани дека ќе останат без никакви финансиски средства потребни за медицинска нега, со што се нарушува идејата за правото на здравје како стандард на живеење, кој овозможува здравје и благосостојба.

Анализата на индикаторите за здравје на земјите кои одамна се членки на Европската Унија и новопримените земји упатува на оптимистички став, според кој членството во Европската Унија ќе го подобри квалитетот на здравството и ќе овозможи почитување и остварување на правото на здравје како фундаментален дел од човековите права во Република Македонија.

Здравствената политика на Европската Унија се креира со единствена цел – подобрување на здравјето на граѓаните и зголемување на животниот век на целата популација. Позитивните резултати од спроведените програми и акции веќе се реалност. Животниот

век на европските граѓани постепено се зголемува. Позитивен тренд се забележува и кај ново примените земји-членки кои во Унијата влегоа со многу лоши показатели за здравството и здравјето и кои за многу кратко време го достигнаа европскиот просек. И очекувањата на македонските граѓани се оптимистички. Најголем дел од граѓаните сметаат дека во земјите-членки на Европската Унија повеќе се почитуваат човековите права и дека тие земји имаат подобро здравство. Исто така, граѓаните веруваат дека состојбата со здравството во Република Македонија ќе се подобри кога земјата ќе стане членка на ЕУ.

Од севкупното истражување на докторската теза, произлегуваат следните препораки, за подобро остварување на правото на здравје како фундаментален дел на човековите права и слободи:

- Република Македонија треба, пред сè, целосно да го усогласи законодавството за заштита на правото на здравје, применливо во земјите – членки на Европската Унија и да се грижи за соодветната имплементација на законските рамки, со цел негово остварување како секундарно законодавство. Тоа подразбира и следење на целосната законска регулатива во оваа област: ратификација на сите постоечки меѓународни декларации, конвенции, повелби и договори, прифаќање и потпишување на нови документи за заштита на човековите права.
- Комплетно да ги почитува одредбите од меѓународните договори, декларации и конвенции што ги пропишуваат мерките кои државите треба да ги преземат заради заштита и остварување на правото на здравје.

- Република Македонија треба да обезбеди механизми кои ќе служат како гаранции во процесот на остварување на правото на здравје. На државно ниво, набљудувачки улоги би требало да имаат специјални владини комисии формирани за таа цел, Народниот правобранител и невладините организации. На меѓународно ниво, механизмите за набљудување на Европската Унија функционираат преку Светската здравствена организација, Хелсиншкиот комитет за човекови права и специјалните комисии за човекови права. Македонија, по примерот на другите европски земји, во процесот на остварување на правото на здравје, треба да воведи специјален известувач кој ќе прибира информации релевантни за ова човеково право, како на пример: за статусот на правото на здравје, вклучувајќи ги законите, политиките, практиките, за активностите во здравствениот сектор итн. Потоа, тие информации ќе ги разгледува со актуелната влада и другите заинтересирани страни и потоа во комуникација со институциите на Европската Унија би се решавале евентуалните проблеми кои го попречуваат процесот на остварување на правото на здравје.
- Да се зголеми гаранцијата за остварување на правото на здравје. Оваа препорака ќе се оствари доколку се подобри законската рамка и судовите побрзо ги решаваат споровите кои се однесуваат на прекршување на правата поврзани со здравјето. На тој начин ќе се исполни и еден од Копенхашките критериуми за полноправно членство на Република Македонија во

- ЕУ, кој се однесува на постигнатата стабилност на институциите, со кои се гарантираат човековите права, почитувањето и заштитата на правата на малцинствата и правната држава.
- Имајќи предвид дека остварувањето на правото на здравје зависи од состојбата во здравствениот систем, неопходно е да се изврши комплетна реорганизација на здравството, со цел да се отстранат недостатоците како бирократизација, нефлексибилност, неефикасност итн. Да се намалат непотребните трошоци, а да се инвестира во нова технологија и обука на менаџментот.
- Да се продолжи со реструктурирање на јавните здравствени установи или нивната приватизација и децентрализација. Тоа подразбира инвестиции и детално реновирање, поставување стандарди и мерни точки за мерење на перформансите на вработените т.е. стручните кадри и нивната мотивација за максимален ангажман кон пациентот.
- Да се подобри квалитетот на здравствените услуги и да се обезбеди еднаков и рамноправен пристап за сите граѓани. Квалитетот на здравствените услуги ќе се подобри доколку се подобри материјалната положба на здравствените институции и со тоа, на лекарите и ќе се зголеми нивната мотивираност да ја извршуваат професијата максимално стручно и совесно.
- Да се унапредува здравствената заштита и осигурување по примерот на европските земји.
- Да се преземаат мерки за намалување на детската смртност или бројот на мртвородени, спречување на заразни болести и намалување

на смртоносните болести, а тоа би значело по-добро организирано здравство, кое може да понуди високо квалитетни здравствени услуги.

- Да се подобри индустриската хигиена и да се заштити животната средина, а чистиот воздух, здравата вода за пиење, контролата над сите опасни и штетни материји ќе го подобри здравјето на луѓето.
- Меѓучовечка комуникација и специфичен социјален однос, кој е значаен во поглед на почитувањето на правата на здравје и неопходно да се воспостави на етичка основа.

Собраните емпириски материјали, систематизираните теориски сознанија и искуствата на граѓанитевоојтруд, може да бидат употребени како скромни прилог во тенденцијата да се подобри социјалниот амбиент, во кој се остварува здравствената практика во Р. Македонија.

Влијанието на политиките на Унијата неминовно придонесува за менување на состојбите со почитувањето на човековите права и слободи во Република Македонија. Човековите права се менлива категорија и не можат да се дефинираат еднаш засекогаш. Вокабуларот и збирот на правилата за човекови права се зголемува и станува дел од заедницата, државниот и глобалниот живот. Тоа е процес кој ги засега сите земји кои тежнеат кон приклучување кон ЕУ и не може да се избегне или заобиколи.

На крајот, уште еднаш да потсетиме дека доброто здравје е фундаментален извор за социјален и економски напредок на секоја држава. Факт е дека ни една држава не може да гарантира добро здравје

на сите граѓани, ниту пак може да го заштити секој поединец од секоја болест.

Состојбата на здравјето во голема мера зависи од однесувањето на секој поединец и неговиот однос на здравјето. Не треба да се игнорира ниту влијанието на генетските фактори. Значи правото на здравје содржи и права и обврски и затоа подразбира и право на уживање разни видови дополнителни услуги. Правото на здравје подразбира и пристапност на здравствените установи, достапност на здравствени услуги, во склад со висок професионализам и медицинска етика и највисок можен квалитет.

Република Македонија, освен со ангажмани во процесот на подобро остварување на правото на здравје, треба да ја гради свеста на граѓаните за нивното здравје. Свесниот граѓанин кој бара права и исполнува обврски е сонот на секоја демократска земја и императив на целата Унија. Доколку во процесот на осмислување, развој и имплементација на човековите права, се вклучат глобално сите жители, секој поединец, во реалниот живот, мали се шансите на луѓето да им биде одречено и прекршено правото на здравје, сфатено во најширока смисла како право на квалитетен живот неоптоварен од бремето на болести и страдање; право на достоинствен живот во кој здравјето се подразбира, а не се наредува; право на потомство, ослободено од стравот на прерана смрт и не помалку важното право на достоинствена смрт, која не е предизвикана од лекарска грешка.

Како конечна мисла на овој труд, која најсоодветно ќе го заокружи истражувањето, ќе ја наведеме познатата мудрост на Далај Лама:

*Како живи суштествива сити ние сакаме да доситиѓнеме среќа и да избеѓнеме сипрадање. Нашата желба за здравје, за поитиолна физичка и ментална благососитојба е израз на ова, зашто секој сака да му е добро и никој не сака да му биде лошо. Следствено на тоа, здравјето не е само работна на личен труд, туку универзална грижа за коешто сити ние носиме одговорност.*

## **РЕЦЕНЗИЈА НА КНИГАТА ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО, ЗДРАВЈЕТО КАКО ОБВРСКА ОД МАКЕДОНКА РАДУЛОВИЌ**

Книгата со наслов: *ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО, ЗДРАВЈЕТО КАКО ОБВРСКА* обработува проблематика од доменот на општествените, односно хуманистичките науки. Преку овој труд се покажува дека човечкото здравје не е само состојба за која единствено се интересира медицината (природните науки), туку состојба која е многу тесно поврзана со општествениот контекст. Секое општество гради определен пристап кон човечкото здравје врз кој влијаат традициите, културните навики, степенот на економски развој, политички состојби, едукативните институции и други чинители. За современите развиени општества здравјето претставува централен аспект, а како такво станува дел од рамката на основните човекови права. Меѓутоа, за да се оствари ова право потребен е значителен ангажман на општеството-истакнува авторката на овој труд.

Трудот со наслов *ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО, ЗДРАВЈЕТО КАКО ОБВРСКА* претставува значителен сознаен капитал за тесната поврзаност меѓу општествените услови и здравјето, каде правото на здравје е претставено како обврска. Меѓу суштинските прашања кои се поставуваат во врска со правото на здравје и здравјето како обврска е прашањето: Чија обврска е човечкото



здравје? Одговорот на ова сложено прашање се бара и во теориските парадигми какви што претставуваат неолибералната општествена парадигма и глобалистичките концепции кои здравјето го поврзуваат со климатските промени, загадувањето на почвите и воздухот, експанзијата на генетичкото земјоделство, како и ризиците од старите инфективни болести кои имаат глобален карактер.

Во трудот се прави анализа за медицината (која се фокусира на здравјето на индивидуата) и здравството кое се фокусира на здравјето на целокупната популација. Меѓутоа, во широката јавна дебата ретко кога се споменува правото на здравје, иако постоечките сознанија покажуваат дека добивката на здравството би била многу поголема доколку се почитува правото на здравје.

Општествената перспектива на здравјето авторката ја анализира преку правото на работа и работните услови, социјална сигурност, образованието, приходите, квалитет на живеење, културата на здравје и други општествени чинители. Анализите покажуваат дека сиромаштијата е особено значаен фактор кој особено го погодува здравјето на ризичните групи (жените, децата, старите лица). Се заклучува дека здравјето на лицата со повисоки приходи е подобро од здравјето на лицата со посебни приходи, односно припадниците на повисоките класи имаат подобро здравје од припадниците на подолните класи. Значи, сиромаштијата е главниот загрозувач на здравјето на луѓето.

Авторката ги разработува и индикаторите според кои се мери состојбата на здравјето во државите, какви што се: смртноста на доенчињата и очекуваниот животен век (life expectancy), просечното траење на

живот и други индикатори. Освен овие индикатори книгата дава увид во најраспространетите болести во светот и во нашата држава.

Како фактор кој добива посебно значење во трудот, а кој е тесно поврзан со правото на здравје, е дискриминацијата. Иако во современите општества преку нормативниот систем (уставите, законите, конвенциите) се гарантираат правата на луѓето, сепак остварувањето на човековите права наидува на ограничувања. Дискриминацијата според половата припадност влијае врз маргинализацијата на жените загрозувајќи го правото на здравје. Жените се изложени на поголем ризик од заболувања поради нивната прокреативна улога. Меѓутоа, раѓањето не е само биолошки факт, туку и општествен факт кој се поврзува со развојот на нацијата и иднината на општеството. Затоа е од особено значење посебната грижа на државата во поглед на раѓањето, како и големото разбирање за посебните женски права.

Посебно влијание во градење на став кон здравјето има културата која преку системот на вредности кои во неа се развиваат може да го загрозува здравјето, или да оди во прилог на одржување на добро здравје. Во книгата се разработуваат и прашања за вредностите кои влијаат на ставот кон здравјето во Р. Македонија. Таа констатира дека ставот кон јавното здравје во нашата држава е наследен од минатиот систем, а културата на јавно здравје денес е во формирање. Посебно се интересни анализите на културниот сегмент во односот лекар-пациент каде се претставени различни модели на односи како и влијанието на културата на здравствените работници врз здравјето на пациентите. Авторката во контекст на оваа про-

блематика констатира: Постои несоодветен однос на здравствените работници во јанвото здравство кон пациентите и спротивно, постои коректен однос во приватното здравство, заклучок кој иницира нови прашања.

Истакнувајќи го значењето на правото на здравје авторката ги анализира конвенциите и другите документи во кои се дефинираат овие права укажувајќи на настојувањата на Европската унија да ги поттикне државите-членки да ги усвојат и имплементираат во легислативите. Во ЕУ во последните две декади се забележуваат посериозни напори за конституирање на една заедничка здравствена политика. Покрај здравствените цели и здравствената стратегија, ЕУ промовира заеднички пристап кон здравјето со напори за остварување на заедничко здравствено осигурување во државите -членки. Во овој дел од трудот анализиран е пристапот на ЕУ кон здравјето кој се огледува во постојаното следење на состојбите со болестите и нивната поврзаност со определени општествени фактори. За да го заштити здравјето ЕУ дејствува со правни мерки (забрани за алкохол, забрани за пушење во јавни простории), економски мерки (зголемени такси за производитите кои го загрозуваат здравјето).

Генерална оценка за трудот е дека станува збор за труд со многу интересна тематика исклучително актуелна и особено значајна за општеството. Современите развиени општества се демократски, а нивниот развој значително се темели врз почитувањето на човековите права и слободи. Исто така, здравјето е витален сегмент од егзистенцијата на луѓето кој е незначително проучуван од аспектот на општествените науки. Специфичноста на овој труд е во тенденција-

та да се разгледаат најзначајните општествени фактори кои се поврзани со здравјето на луѓето. Во трудот отворено се разгледуваат многу прашања поврзани со функционирањето на здравствените системи и лимитите за негова целосна реализација.

Станува збор за исклучително сложена проблематика која поврзува повеќе области (право, политика, култура, образование). Авторката покажува оригиналност во идејата за поврзување на правото на здравје со основните права и слободи иако ова право не припаѓа кон оваа група на права. Може да се каже дека поимната операционализација е мошне успешна и токму на овој сегмент е посветено повеќе внимание.

Со оглед на изнесените заклучоци во однос на трудот со наслов *ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО, ЗДРАВЈЕТО КАКО ОБВРСКА* целосно го препорачувам за негово печатење.

Скопје  
22.03.2018

Рецензент  
Проф. д-р Милева Ѓуровска

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Acheson, Sir Donald. 1998. *Independent Inquiry in to Inequalities and Health*. London: The Stationery Office.
- Andrews, Joseph L. 2007. "Health Meets Human Rights": The Humanist.
- Annas, George. 1989. *The Rights of Patients*. Illinois: Southern Illinois University press.
- Antonovsky, Aaron. 1967. *Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality*. Milbank Quarterly: Milbank Memorial Fund.
- Бајхелт, Том. 2005. Европската Унија по проширување-то на исток. Скопје: Фондација Конрад Аденауер.
- Bagnoud, Francois-Xavier. 1999. Health and Human rights. International Federations of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Barlow, Philip. 1999. "Health care is not a human right". *British Medical Journal* BMJ 1999; 319-321.
- Belicza, Biserka. 2003. *Zastita zdravlja i ljudska prava*. Zagreb: Hrvatska Akademija znanosti i umjetnosti.
- Bek, Ulrih. 2001. *Rizchno drustvo*. Beograd: "Filip Visnic".
- Bole, Thomas. 1991. "The Rhetoric of Rights and Justice in Health Care". Bo Thomas Bole, Worwn Bondenson, eds., *Right of Healthcare*. London: Kluwer, 1-19.
- Cockerham, William. 1978. *Medical Sociology*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Cook, Rebecca. 1994. *Woman's Health and Human Rights*. Geneva: World Health Organization.
- Cranston, Maurice. 1973. *What Are Human Right*. London: Bodley Head.

- \_\_\_\_\_. 1983. *Are there any human rights?*. London: Bodly Head
- Cullet, Philippe. 2003. *Patients and medicines: the relationship between TRIPS and human right to health*. Geneva: International Affairs.
- Грир, Стивен. 2009. *Евројска конвенција за човекови права*. Скопје: Просветно дело.
- Daun, Ake and Soren Jansson. 2004. *Europljani, Kultura i identitet*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Dimitrova, Antoaneta. 2007. "West European Politics": European Integration Online Papers, issue 2, art 19.
- Donev, Doncho; Gordana Pavelkovic I Liljana Kragelj. 2007. *Health Promotion and Disease Prevention*. Skopje: Hans Jacobs Publishing Company.
- Државен завод за статистика. 2002. *Статистички годишник на Република Македонија – 2002*. Скопје: Државен завод за статистика.
- \_\_\_\_\_. 2008. *Македонија во бројки*. Скопје: Државен завод за статистика.
- Донеv, Дончо. 2004. *Значење и употреба за менаџмент на одделни нивоа*. Скопје.
- Dworkin Ronald. 1978. *Taking Rights Seriously*. Cambridge: Harvard University Press.
- European Observatory on Health Care Systems Series. 2000. *Health Protection System in Transition*. Brussels: European Observatory on Health Care Systems.
- \_\_\_\_\_. 2002. *Hospitals in a Changing Europe*. Brussels: European Observatory on Health Care Systems Series.
- European Observatory on *Health Systems and Policies – Portugal*. 2004. Health Care Systems in transition– Portugal. Copenhagen: World Health Organization.
- Evans, Tony. 2001. "If democracy, then human rights?". *Third World Quarterly*: Carfax Publishing, vol. 22, No 4.
- \_\_\_\_\_. 2002. "A human right to health". *Third World Quarterly*: Carfax Publishing, vol.23, No2.

- Еврофонд. 2010. *Здравје, семејство и квалитет на живот на олимпискиот темел на квалитет на живот*. Даблин: Еврофонд.
- Fairhurst, John. 2007. *Law at the European Union*. London: Pearson Education.
- Farnsworth, Clyde. 1994. "Canada Gives a Somali Refugee from Genital Rite". *New York Times*, vol.1, No 7.
- Fathalla, Mahmud. 1994. "Women's Health". *International Journal of Gynecological Obstetrics*, vol. 46, issue 2.
- Figueras, Joseph, and Yates McKee .eds. 2004. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen: European Observatory on Health care systems.
- Gruskin, Sofija and Daniel Tarantola. 2001. *Health and Human Rights*. Boston: Francois-Xavier Bagnoud Center of Health and Human Rights.
- Giddens, Anthony. 2005. *Sociologija*. Beograd: Ekonomski fakultet.
- Ѓуровска, Милева. 2008. *Социологија на женскиот мир*. Скопје: Филозофски Факултет Скопје.
- Хелсиншки комитет за човекови права на Република Македонија. 2008. *Годишен извештај за 2008*. Скопје.
- Institute of medicine. 1988. *Future of public health*. Washington: National Academy Press.
- Јанкуловски, Звонимир. 1993. *Човекови права*. Скопје: ФИОМ.
- Kandela, Peter. 1998. "Medical Journals and Human Rights": *The Lancet*, 352–art2.
- Климовски, Саво. 2005. *Уставен и политички систем*. Скопје: Просветно дело.
- Kobs, Anna. 1997. "Ethic and Patient's Rights": *Nursing Management Editorial*.
- Комисија на Европските заедници. 2007. Извештај за напредокот на Република Македонија. Брисел.
- Костовски, Саркаџац. 1999. *Социологија на медицината*. Скопје: Филозофски Факултет Скопје.

- Крег, Бурка и Грејн де Бурка. 2010. Право на ЕУ: текстови, случаи и материјали. Скопје: Магор.
- Лазаров, Лазар. 2005. Европска Унија– состојби и перспективи. Скопје: Култура.
- Lalonde, Mark. 1974. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada.
- Leenen, Hank., Karima–Olga Gevers and Christophe Pinet. 1993. The Right of Patients in Europe. Boston: Kluwer Law and Taxation Publishers.
- Mackenney, Pete., Kate Falberg and Jane Andersen. 2001. Supporting Patient's Rights and Empowering Citizen. Geneva: World Health Organization Office for Europe.
- Mann, Jonathan and Sofia Gruskin.eds. 1999. Health and Human Rights. London: Routledge.
- Markel, Howard. 2005. Health Policy of EU. Brussels: EU Commission.
- Marmot, Michel and Georgy–Davy Smit. 2010. "Socio-economic Differentials in Health". Journal of Health Psychology no3, 283–296.
- Marmot, Michel. 2001. "Inequalities in death". New England Journal of Medicine v.345n.2.
- Marmot, Michel., Manolis Kogevinas and Mary–Alen Elston. 1987. "Social economic status and disease": Annual Review of Public Health 8, 111–35.
- Mastroianni, 1994: Woman and health research, Washington.
- McCorquodale, Robert and Richard Fairbrother. 1999. "Globalization and HumanRights". Third World Quarterly: Carfax Publishing,
- McKee, Martin., Laura Maclehouse and Ellen Nolte. 2004. Health Policy and European Union Enlargement. New York: Open University Press.
- Милевска – Костовска, Неда. 2005. Права на пациентите во Југоисточна Европа. Будимпешта: Централна и Источна интернет библиотека.
- \_\_\_\_\_. 2007. Нови насоки: Безбедност на пациентите. Охрид: Центар за регионални истражувања и соработка.

- Mongomeri, Jonathan. 2003. Health Care Law. Oxford: Oxford University Press.
- Moser, Caroline. 1989. "Gender Planning in the Third World" World Development: Eccon Papers, vol.17, No 11.
- НВО „Еуро–еко“, 2004. Водич низ ЕУ. Скопје: Еуро–еко.
- Nygren–Krug, Helena. 2003. International Migration, Health and Human Rights. Geneva: WHO.
- Otiento, Alexs. 2004. The Role of Education in Promoting Health and Human Rights. New York: United Nations Publications.
- Павловски, Борјан. 2008. Здравјето, здравствената заштита и влијанијата врз здравјето кај ромите во Република Македонија. Скопје: Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ– ЕСЕ.
- Петковски. 2004. Здравствен менаџмент. Битола
- Plant, Robert. 1993. "The justification for intervention: needs before contexts" Bo Ian Forbes and Mark Hoffman, eds., Political Theory, International Relations and the Ethics of Intervention. Basingstoke: Macmillan.
- Rios, Rebecca. 1995. Gender, Health and Development. Washington: American Health Organization.
- Rodriguez, Havidan. 2004. A long walk to Freedom and Democracy: Human Rights, Globalization and Social Injustice. Newark: The University of North Carolina Press.
- Saltman, Richard. 2004. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Berkshire: Open University Press.
- Savremena administracija. 1993. Enciklopedija političke kulture. Beograd: Savremena administracija.
- Саркањац, Бранислав. 2008. Јавно здравје и здравствена реформа. Скопје: Филозофски Факултет Скопје.
- Светска банка. 2006. Извештај на Светска банка–РМ број 19411–ПЈ. Скопје.

- Smith, Richard., Howard Hiatt and Donald Berwick. 1999. "Shared ethical principles for everybody in health". British Medical Journal, vol.318, No.7178.
- Staples, V.J.1999. "What are human rights?". The Lancet, vol.353, No 9164
- Stokols, Daniel. 1992. Establishing and maintaining healthy environments. New York: University of California.
- Стефановска, Весна; Кирил Чавдар и Кети Едровска-Исајловска. 2004 Пациентите во Македонија со права по европски стандарди. Скопје: ФИООМ.
- Стикова, Елисавета. 2004. Здравствена карта-здравствена мапа. Скопје: Медицински факултет-Институт за јавно здравје.
- The international Bank for Reconstruction and Development.1993. World Development report 1993. The international Bank for Reconstruction and Development: New York.
- Трајковски, Ило. 2005. Политика на човековите права. Скопје: Филозофски Факултет Скопје.
- Тулчински, Тед и Елена А. Варавикова. 2003. Новото јавно здравство. Скопје: Студентски збор.
- Чокревски, Томислав. 2001.Социологија на правото. Скопје: Правен факултет Скопје.
- Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Правен Факултет. 1996. Слободите и правата на човекот и граѓанинот во Република Македонија. Скопје: Правен Факултет.
- \_\_\_\_\_ . 2006. Годишник. Скопје: Правен Факултет.
- \_\_\_\_\_ . 2007. Проектно истражување: Реформа на здравствениот систем на Република Македонија. Скопје: Правен факултет.
- UNDP. 2001. National human development report 2001- Social exclusion and human insecurity in FYR Macedonia. Skopje: Skenpoint.
- Verheigen, Tony. 2000. Enlargement and health institutions. Brussels: EU Commission.
- Вајденфилд, Ворнер и Веселс, Волфганг. 2002. Европа од А до Ш. Скопје: Агенција на Европска Унија во РМ.
- Шкарик, Светомир. 2004. Споредбено и македонско уставно право. Скопје: Матица Македонска.
- Шолте, Јан Арт. 2008. Глобализација. Скопје: Академски печат.
- Whitehead, Lawrance-William. 2001. Developing the Policy response to inequities in Health. New York: Oxford University Press.
- WHO. 2000. WHO ranking of World health systems. Geneva: WHO.
- \_\_\_\_\_. 2002. 25 Questions & Answers on Health and Human rights. Geneva: WHO.
- \_\_\_\_\_. 2002. Summary Measures of Population Health. Geneva: WHO.
- \_\_\_\_\_. 2007. Highlights on Health in the Former Yugoslav Republic of Macedonia. Copenhagen: WHO.
- \_\_\_\_\_. 2008. The World Health Report 2008. Geneva: WHO.
- \_\_\_\_\_. 2008. Atlas of Health in Europe. Copenhagen: WHO.
- \_\_\_\_\_. 2009. The European Health Report 2009. Copenhagen: WHO.
- Zeijden, Albert. 2000. The Patient Rights Movement in Europe. Utrecht: United Patient's Organization of the Chronically, vol.18, No1.
- Зборник текстови. 2003.Човековите права како демократска вредност. Скопје: Фондација „Фридрих Еберт“.

## КОРИСТЕНИ МЕЃУНАРОДНИ ДОГОВОРИ, ДЕКЛАРАЦИИ, УПАТСТВА И КОДЕКСИ ПОВРЗАНИ СО ЗДРАВЈЕТО И ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

- Универзална декларација за човекови права, 1948.
- Европската конвенција за заштита на човековите права и основните слободи, 1950;
- Европска социјална повелба, 1961.
- Меѓународната конвенција за елиминација на сите форми на расна дискриминација, 1963;
- Меѓународен пакт за граѓански и политички права, 1966;
- Меѓународен пакт за економски социјални и културни права 1966;
- Декларацијата од Алма Ата, 1978;
- Конвенцијата против тортура и друго сурово, нечовечко или понижувачко постапување или казнување, 1984;
- Повелбата од Отава за унапредување на здравјето, 1986;
- Конвенцијата за правата на детето, 1989;
- Договорот од Мастрихт, 1991;
- *ACQUIS COMMUNAUTAIRE – Појавје 13 (Health)*, 1993;
- Европска конвенција за спречување тортура, нечовечко или понижувачко третирање или постапување, 1996.
- Декларација за промоција на правата на пациентите, 1997;
- Декларацијата од Џакарта, 1997;
- Резолуција 53/152 за човековиот геном и човековите права 1998;
- Повелбата за фундаментални права од Ница, 2000;
- Повелба за правата на пациентите 2002;
- Интернационалната Конференција за здравствена-та заштита и трговија, 2009.

## ИЗВЕШТАИ, ПРОГРАМИ И СТРАТЕГИИ НА РМ

- Влада на РМ. 2004. *Национална стратегија за интегрирација на РМ во ЕУ*, Скопје.
- Влада на Р. Македонија. 2005. *Прашалникот на Европска Унија за членство на Р. Македонија*. Скопје.
- Влада на РМ, *Одговор на дојолнишелнише прашања за економскише критериуми и појавја од Acquis*, Скопје 2005.
- Влада на РМ. 2006. *Програма за работна на Владата за периодот 2006–11*. Скопје.
- Влада на РМ. 2007. *Програма за работна на Владата за 2007 година*, Скопје.
- Влада на РМ. 2008. *Стратешки план на Владата на РМ за периодот од 2008–2010 година*. Скопје.
- Влада на РМ. 2009. *Годишен извештај за остварени резултати по програми/ подпрограми од стратешкиот план 2008–2010*. Скопје.
- Генерален секретаријат на Владата на Република Македонија. 2007. *Прирачник за креирање политики*. Скопје.
- Генерален секретаријат на Владата на Република Македонија. 2007. *Прирачник за стратешко планирање*. Скопје.
- Министерство за здравство на РМ. 2007. *Проект за ујравување со здравствен сектор*. Скопје.
- Министерство за здравство на РМ. 2007. *Стратегија за развој на македонски интегриран здравствен информатички сектор*. Скопје.
- Министерство за здравство на РМ. 2008. *Стратешки план на Министерството за здравство за периодот од 2009–2011 година*. Скопје.
- Министерство за здравство на РМ. 2008. *Здравствена стратегија на РМ за до 2020*. Скопје.
- Република Македонија, Народен правобранител, *Извештај на Народној Правобранишел за пој-*

лакиџе и џреџсџавкиџе на џраџаниџе во врска со зашџиџџа на нивниџе џрава, Скопје, 2002.

- Народен правобранител на Република Македонија. Извешџаи на Народниот Правобраниџел за џоџлакиџе и џреџсџавкиџе на џраџаниџе во врска со зашџиџџа на нивниџе џрава за, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 и 2009 џодина. Скопје.

## ЗАКОНИ НА РМ

- Устав на РМ
- Закон за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала и медицински помагала, (Службен весник на РМ бр. 21/98)
- Закон за здравствена заштита (Службен весник на РМ бр.38/91, 46/93, 55/95, 10/04, пречистен текст-177/97)
- Закон за здравствено осигурување (Службен весник на РМ бр. 25/2000-34/2000, 50/01, 11/02, 31/03)
- Закон за заштита на правата на пациентите (Службен весник на РМ бр. 82/2008)
- Закон за заштита и безбедност на здравјето при работа (Службен весник на РМ бр.92/2007)
- Закон за евиденции во областа на здравството (Службен весник на РМ бр.15/95)
- Закон за јавно здравје (Службен весник на РМ бр.22/2010).
- Закон за ментално здравје (Службен весник на РМ бр.71/2006).
- Правилник за работа на лекарските комисиџи на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. (Службен весник на РМ бр.111/2000).
- Деловник за работа на Владата на Република Македонија - пречистен текст (Службен весник на Република Македонија 58/06) Македонија 2007-201

## СТРУЧНИ СПИСАНИЈА, ВЕСНИЦИ & БАЗИ НА ПОДАТОЦИ

- "OTC Bulletin"
- "Generics"
- "British Medical Journal"
- "New England Journal of Medicine"
- "Nursing Management Editorial"
- "International Journal of Gynecological Obstetrics"
- "The Humanist"
- "The Lancet"
- "The New York Times"
- „Фокус“
- „Форум“
- „Дневник“
- „Вечер“
- „Вест“
- EBSCO Host - база на податоци

## ВЕБ БАЗИРАНИ ИЗВОРИ

- [www.covekovi-prava.gov.mk](http://www.covekovi-prava.gov.mk) Македонска веб страна за човекови права
- [www.pravo.org.mk](http://www.pravo.org.mk) Македонска веб страна за закони
- [www.fda.gov](http://www.fda.gov) Агенџија за храна и лекови, САД
- [www.mhra.gov.uk](http://www.mhra.gov.uk) Агенџија за храна и лекови, Англија
- [www.who.int](http://www.who.int) Светска Здравствена Организација
- Error! Hyperlink reference not valid. Влада на Република Македонија-Секретаријат за европски прашања
- [www.onct.org](http://www.onct.org) Светска организација против тортура
- [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch) Висок комесар за човековите права на Организацијата на обединетите наџии
- [www.dhdirhr.coe.fr](http://www.dhdirhr.coe.fr) Веб страна за човекови права



- [www.eurostat.com](http://www.eurostat.com) Европски барометар
- [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int) – Европски суд за човекови права
- [www.euroopa.eu](http://www.euroopa.eu) Официјална страна на Европската Унија
- [www.zdravstvo.gov.mk](http://www.zdravstvo.gov.mk) Министерство за Здравство на Р. Македонија
- [www.gov.mk](http://www.gov.mk) Влада на Република Македонија
- [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk) Фонд за Здравство на Р. Македонија
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> Евростат (статистички анализи)
- [www.emea.europa.eu](http://www.emea.europa.eu) Европска медицинска агенција
- [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) Европски мониторинг центар за лекови
- [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu) Европски центар за заболувања, превенција и контрола
- [www.mzzpr.org](http://www.mzzpr.org) Македонско здружение за заштита при работа
- [www.ilo.org](http://www.ilo.org) Меѓународна организација на трудот

КУЛТУРА АД - Скопје  
ул. „Никола Кљусев“ бр. 6, 1000 Скопје  
Комерција + 389 2 3111-332  
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА  
e-mail: [ipkultura@gmail.com](mailto:ipkultura@gmail.com)  
[www.kultura.com.mk](http://www.kultura.com.mk)

Книжарница КУЛТУРА  
ул. „Македонија“ бр. 33  
Тел. + 389 2 3296 763  
e-mail: [knizarnica.kultura@gmail.com](mailto:knizarnica.kultura@gmail.com)

Печат  
„АЛФА ‘94“  
ул. 23-ти Октомври 19/15,  
1000 Скопје

Тираж: 300 примероци

Година и место на издавање: Скопје, 2018

CIP – Каталогизација во публикација  
Национална и универзитетска библиотека  
„Св. Климент Охридски“, Скопје

ISBN 978-9989-32-

