

КИРИЛ БУСЕРОСКИ ДАМЈАН БОЖИНОСКИ

# ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО И КАКО УСЛУГА

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО  
МАКЕДОНСКАТА ЛЕГИСЛАТИВА  
1991-2014

# **Здравјето како право и како услуга**

**Правата на пациентите  
во македонската легислатива  
1991-2014**

Издавач:

**Левичарско движење „Солидарност“**

www.solidarnost.mk

ld.solidarnost@gmail.com

**Во соработка со:**



**ROSA  
LUXEMBURG  
STIFTUNG  
SOUTHEAST  
EUROPE**

*Компјутерска обработка и корица:*

Александар Ковачевски

*Тираж:*

530 примероци

*Печайи:*

Винсент Графика

Ова дело е лиценцирано под лиценца Creative Commons НаведиИзвор-Некомерцијално-СподелиПодИстиУслови 4.0 меѓународна лиценца. За да видиш копија од лиценцата, посети ја страницата <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



2015, Скопје.

---

CIP - Каталогизација во публикација

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

342.726:616-052(497.7)“1991/2014“

364.32:340.13(497.7)“1991/2014“

БОЖИНОСКИ, Дамјан

Здравјето како право и како услуга : правата на пациентите во македонската легислатива 1991-2014 / Дамјан Божиноски, Кирил Бисероски. - Скопје : Левичарско движење Солидарност, 2015. - 162 стр. : табели ; 21 см

Фусноти кон текстот

ISBN 978-608-65628-4-7

1. Бисероски, Кирил [автор]

а) Права на пациентите - Законска регулатива - Македонија - 1991-2014

COBISS.MK-ID 99271690

Дамјан Божиноски  
Кирил Бисероски

# **ЗДРАВЈЕТО КАКО ПРАВО И КАКО УСЛУГА**

**ПРАВТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО  
МАКЕДОНСКАТА ЛЕГИСЛАТИВА  
1991-2014**



Скопје, 2015

Оваа страница намерно е оставена празна

# СОДРЖИНА

Вовед.....	7
1. Закон за здравствена заштита.....	11
1.1. Закон за здравствена заштита (1991).....	12
1.1.1. Основни одредби.....	12
1.1.2. Права од здравствената заштита.....	15
1.1.2.1. Основна здравствена заштита.....	15
1.1.2.2. Осигуреници.....	16
1.1.2.3. Надоместок на личниот доход.....	20
1.1.2.4. Надоместок на патните и дневните трошоци... ..	22
1.1.3. Здравствени услуги кои се плаќаат со лични средства.....	23
1.1.4. Загарантирани права и утврдени потреби и интереси на општеството.....	24
1.1.5. Специфична здравствена заштита.....	29
1.1.6. Остварување на правата.....	30
1.1.7. Права и должности при користење на здравствената заштита.....	32
1.1.8. Спроведување на здравственото осигурување.....	33
1.1.9. Обезбедување на средства.....	34
1.2. Закон за здравствена заштита (2012).....	38
1.2.1. Општи одредби.....	38
1.2.2. Загарантирани права и утврдени потреби и интереси на државата во обезбедувањето на здравствената заштита.....	41
1.2.3. Должност за укажување на континуирана медицинска помош во текот на 24 часа.....	43
1.2.4. Прекршочни одредби.....	44
1.2.5. Анализа на промените на 333 (2012).....	45
2. Закон за здравствено осигурување.....	49
2.1. Компаративна анализа на одредбите од Законот за здравствена заштита (1991) кои се однесуваат на здравственото осигурување и Законот за здравствено осигурување (2000).....	50

2.2. Анализа на промените на Законот за здравствено осигурување по неговото донесување .....	52
2.2.1. Општи одредби.....	52
2.2.2. Право на здравствени услуги.....	58
2.2.3. Права на парични надоместоци .....	68
2.2.3.1. Оценка за спреченост за работа .....	72
2.2.4. Докажување на својството на осигуреник .....	75
2.2.5. Ослободување од учество.....	86
2.2.6. Основица за пресметување на придонесот .....	87
2.2.7. Фонд за здравствено осигурување .....	88
2.2.8. Доброволно здравствено осигурување .....	90
2.2.9. Надоместок на штета .....	90
2.2.10. Казнени одредби .....	91
3. Закон за доброволно здравствено осигурување .....	94
4. Закон за заштита на правата на пациентите.....	97
5. Закон за лекови и медицински помагала .....	102
5.1. Закон за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала (1998) .....	102
5.2. Закон за лекови и медицински помагала (2007).....	106
6. Закон за прекинување на бременоста.....	121
7. Закон за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување .....	126
7.1. Закон за условите за земање, разменување, пренесување и пресадување на делови од човековото тело (1995) .....	127
7.2. Закон за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување (2011).....	131
8. Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување .....	135
9. Закон за генетски модифицирани организми .....	139
Прилог 1 - Потрошувачка на лекови на товар на ФЗОМ.....	145
Заклучок.....	149

# ВОВЕД

Пренагласениот правен аспект во водењето на здравствена-та политика кој се промовира во македонското здравство преку постојано промовирање на реформи, преку измени на законите на сметка на социополитичкиот аспект кој е далеку поважен и ја содржи хуманата компонента е еден механизам кој, почнувајќи од 1991 година па до ден денес, им скратил многу права на пациентите без тоа да предизвика поголеми бранувања и притисок кон тие мерки во јавната сфера.

Концептот за човекови права заедно со концептот за човековата природа се стожерни за буржоаската идеологија. Всушност, таа остана непроменета од времето на енциклопедистите и Француската револуција до ден денешен. Она сфаќање кое во тие времиња било револуционерно – денес е реакционерно без позначајни содржински промени. Тој концепт Сартр го нарекува „зрна грашок во конзерва“. Имено, според ова сфаќање, луѓето во општеството сите се налик едни на други според својата природа како зрната грашок во конзервата – нема врска дали си бездомник, ХИВ позитивен и дали работиш 10 часа дневно во некоја конфекција или си милионер, дали си маж, жена или трансродово лице, хетеросексуалец или припадник на малцинските сексуални определби – имаш право на глас, право на приватна сопственост и си еднаков пред законот и со тоа подеднакво учествувааш во човековата природа. И нема што да бараш повеќе од тоа. Истата идеја која служела да се победат феудалните привилегии сега служи да се конзервираат буржоаските. Затоа, правата освен како законска категорија мора да се



разгледуваат и конкретно – заедно со достапноста на ресурсите да се остваруваат. Состојбата со правата на пациентите треба да се разгледува на повеќе нивоа: формално (на ниво на законски текстови), материјално (од аспект на материјалните ресурси за остварување на тие права) и политичко (од аспект на моќта на самите пациенти да влијаат врз политиките и одлуките кои ги тангираат нивните права).

Голем број на луѓе го гледаат здравјето изолирано т.е. ако немаат блага кашлица или температура сметаат дека се здрави, иако огромна улога во здравствената кондиција имаат и голем број на детерминанти како: мир, дом, социјална сигурност, храната, приходите итн. Прилог во насока на ваквото гледиште е и дефиницијата на Светската Здравствена Организација според која здравјето претставува „потполна физичка, психичка и материјална благосостојба, а не само отсуство на болест“. Тоа, здравјето, треба да биде императив на здравствениот систем. Ако мерилото е бројот на измени во законите за здравство, тогаш може да се дојде до заклучокот дека грижата за здравјето во Македонија во последниот четврт век навистина бил императив. Ама, не е така. Бројот на измени не гарантира сам по себе ништо, вклучително и тоа дека ќе има зголемен квалитет на здравствените услуги, а преку тоа и дека ќе се придонесе кон подобрување на здравјето на луѓето.

Иако едноставно е недоволно, поради претходно кажаното, за севкупната состојба со здравствениот систем и за правата на пациентите да се заклучува само врз основа на правната регулатива која се однесува на тоа, несомнено е од друга страна дека правната регулација не може да се игнорира ниту пак да се потценува. Затоа, во оваа студија ќе се осврнеме на правната регулатива која се однесува на правата на пациентите и на измените на законите преку кои овие права се променуваа, во позитивна, но и во негативна насока. Конкретно, предмет на анализа ќе бидат следниве закони:

- Закон за здравствена заштита
- Закон за здравствено осигурување
- Закон за доброволно здравствено осигурување
- Закон за заштита на правата на пациентите

- Закон за лекови и медицински помагала
- Закон за прекинување на бременоста
- Закон за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување
- Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување
- Закон за генетски модифицирани организми

Во студијата ќе бидат анализирани промените на овие закони во периодот од 1991-2014. При тоа, нашата цел ќе биде да се прикаже што изгубиле односно добиле граѓаните на Република Македонија преку измените на овие закони во овој период од четвртина век „транзиција“.

Квалитетот на здравствениот систем не е нешто што може и смее да се игнорира. Здравствениот систем е исклучително важен сегмент на социјалната држава и треба да овозможи квалитетот на животот да не биде привилегија на оние што имаат да платат, туку право кое, не само про форма, ќе го уживаат сите. Левицата, во својот стремеж да го осигура остварувањето на правата на помалку имотните граѓани, едноставно не смее да ги игнорира состојбите во здравствениот систем, туку да се вклучи во отпорот против секоја деградација на здравството, особено бидејќи жртви на тоа секогаш најмногу се токму помалку имотните граѓани.

Оваа страница намерно е оставена празна

# 1. ЗАКОН ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Од независноста на Република Македонија до денес се донесени два закони за здравствена заштита, првиот во 1991, а вториот во 2012 година.<sup>1</sup> Овие два закони до 2014 година беа менувани вкупно 17 пати. Во овој процес беа променети, додадени или изменети 270 членови, ставови или точки, не вклучувајќи ги и дополнителните закони и правилници кои се донесени, како и одделувањето на Законот за здравствено осигурување од Законот за здравствена заштита и останати правилници. Свкупно, текстот на Законот за здравствена заштита, заедно со сите измени донесени од 1991-2014, се простира на повеќе од 380 страни А4 формат.

**Со промените на 333 се изгласани следниве три важни намалувања на правата на пациентите: прво, укинато е правото, при користење специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита без упат надвор од државата, Фондот за здравствено осигурување да ги поднесува трошоците до висината на утврдената цена, а на товар на осигуреникот да биде разликата во цените на здравствените услуги како и патните и дневните трошоци; второ, воведена е обврска осигуреникот и членовите на неговото семејство да учествуваат со лични средства во цената на протезите, ортопедските и други помагала и средства изработени од стандарден материјал и тоа 20% од цената на слушно помагало и**

---

<sup>1</sup> Закон за здравствената заштита, Сл. весник на РМ, 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09, 88/10, 44/11 и 53/11. Закон за здравствената заштита, Сл. весник на РМ, 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14 и 188/14.

на забно-технички и забно-протетички средства и 50% од цената на сите други протези, ортопедски и други помагала и средства и, трето, воведена е обврската да се поднесе доказ дека придонесот за здравствено осигурување е платен за да се оствари правото на здравствена заштита. Освен намалувањата изгласани се и проширувања на правата на пациентите, а најважни се: додавањето на систематски прегледи на децата, учениците и студентите како и мерки и активности за заштита на жените за време на бременоста, породувањето и леунството и на доенчињата во загарантираните права и утврдени потреби на општеството, мерки и активности за организирање и унапредување на крводарителството, обезбедување на трошоците за болни кои се третираат со дијализа, обезбедување на лекови за трансплантирани болни, обезбедување на цитостатици, инсулин и хормон за раст; воведување на парични надоместоци (во случај на невработеност 333 до 2000, а подоцна во 330); воведувањето на обврската правните лица коишто произведуваат или увезуваат алкохолни пијалоци да плаќаат надоместок кој ќе се слеза во Буџетот на Републиката.

## 1.1. ЗАКОН ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (1991)

### 1.1.1. ОСНОВНИ ОДРЕДБИ

Одлучивме да ја почнеме анализата на Законот за здравствена заштита со неговиот член 3, бидејќи неговиот текст од 1991 година најдобро ја дефинира природата на здравствениот систем како една алтруистичка и филантропска гранка која е задолжителна во секоја држава која би се декларирала себеси како социјална држава<sup>2</sup> во тој облик како што е запишано точно во членот 3 и гласи: „**Секој има право на заштита на здравјето.** Заради остварување на одредени права во случај на болест и повреда и други права

<sup>2</sup> Во Уставот на Република Македонија, во членот 1 стои дека Република Македонија е социјална држава.

од здравствената заштита утврдени со овој закон, врз начелата на **заемност** и **солидарност** се установува задолжително здравствено осигурување. За одделни видови и права од здравствената заштита се установува доброволно осигурување”. Овој член е можеби најсветлата точка во Законот за здравствена заштита затоа што ја потенцира потребата секој да има пристап до јавното здравство и сè тоа базирано врз начелата на солидарност и заемност. Подоцна во промените, никогаш повеќе нема да го сретнеме зборот “солидарност” и “заемност” како една мерка за колективно бришење на сè она што би ги потсетувало луѓето на стариот вредносен систем! Со носењето на новиот Закон за здравствена заштита соодветниот член претрпува измена и гласи:

1. Секој има право на здравствена заштита и обврска да се грижи и да го чува и унапредува своето здравје во согласност со овој и друг закон.
2. Никој не смее да го загрозува здравјето на другите.
3. Секој е должен во итни случаи да укаже прва медицинска помош според своите можности и во случај на опасност по животот, да ја извести најблиската здравствена установа и да овозможи пристап до итна медицинска помош (чл. 3, 333/12).

Со оваа измена јасно се гледа дека зборовите “солидарност” и “заемност” се отфрлени, а се внесени таволошки кованици<sup>3</sup> преземени од друг закон<sup>4</sup> и нема воопшто потреба истите да фигурираат во Законот за здравствена заштита кога се регулирани со друг закон. Од друга страна е потенцирано дека “секој треба да се грижи за сопственото здравје”, реченица која е типична либералистичка кованица. Имено во социјализмот здравството се темелеше врз начелата дека здравјето е општествена обврска и дека здравството како систем мора да биде општествено организирано и да биде под

<sup>3</sup> Се однесува на: “Никој не смее да го загрозува здравјето на другите”.

<sup>4</sup> Се работи за преземање од Кривичниот законик каде јасно се наведени степените на “загрозување” (делот со телесни повреди) на здравјето на луѓето и за истите постојат санкции (чл. 130 и 131 од *Кривичниот законик*, Сл. весник на РМ, 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 28/14, 115/14, 132/14 и 160/14.

капата на државата. После промената на системот и преземање на либералните начела и принципи концептот за јавно здравје е променет (концептот е парадоксален бидејќи не може да постои јавно здравство ако нема приватно). Така во духот на основните принципи на класичниот либерализам, според кои поединецот е слободен и одговорен за себе, здравјето на поединецот се смета за негова одговорност и за приватна работа, а за здравствените проблеми за кои поединецот не е одговорен, здравствените услуги спаѓаат во јавниот сектор<sup>5</sup> како на пример состојби настанати поради пиене на нечиста вода за пиене. Но мора да се потенцира дека денешниот концепт на јавно и приватно здравство каде во приватното се доплаќаат определени средства е погрешен. Тоа недоразбирање произлегува од фактот што е наведен погоре каде здравствени состојби за кои е одговорен само пациентот и никој друг спаѓаат во приватното здравство додека лекување на медицински состојби настанати без учество на пациентот спаѓаат во јавното здравство<sup>6</sup>.

Понатаму од важност е членот 5 од 333/91 кој се однесува на паричните средства кои се уплаќаат во Фондот за здравствено осигурување со цел да се исполнат начелата на “заемност” и “солидарност” т.е. здравствена заштита за секој поединец во државата. Во него стои дека средствата за здравствена заштита се обезбедуваат со придонес од доходот односно добивката на претпријатијата и другите организации, од бруто-личниот доход на работниците и работните луѓе, од Буџетот на Републиката, од средствата на организациите, од личните средства на граѓаните и од други извори. Овој член е важен бидејќи Буџетот на Републиката фигурира како извор на парични средства кои би се слевале во Фондот за здравствено осигурување. Со оглед на тоа што не е дефинирана максимална горна граница на парични средства кои би се користеле од Буџетот на Република Македонија за пополну-

---

<sup>5</sup> Бранислав Саркањац, “Јавно здравје и здравствена реформа”, Филозофски факултет, Институт за здравје и општество, 2008, стр. 20, 28.

<sup>6</sup> Види Саркањац, цит. дело, стр. 29.

вање на “дупката” во Фондот за здравствено осигурување, тоа би значело само едно – сто-постотна покриеност на населението што е за пофалба, освен за оние болести и состојби кои се регулирани со дополнително задолжително осигурување (чл. 29, 333/91), доброволно осигурување (чл. 30, 333/91), или здравствени услуги кои се плаќаат со лични средства (чл. 31, 333/91).

## **1.1.2. ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА**

### **1.1.2.1. ОСНОВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

Членот 11 е важен бидејќи во него можеме да ги видиме правата кои им следуваат на осигурениците. Истиот нема доживеано промена до носењето на Законот за здравствена заштита од 2012 година. Во членот 11 од 333/91, врз начелата на заемност и солидарност, на осигурениците им се обезбедуваат односно гарантираат следниве права:

1. Лекарски прегледи и други видови на медицинска помош со цел за утврдување, следење и проверување на здравствената состојба.
2. Преземање на стручно-медицински мерки, мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, односно спречување, сузбивање и рано откривање на болестите и другите нарушувања на здравјето.
3. Укажување на итна медицинска помош.
4. Лекување во ординација, односно во станот на корисникот.
5. Здравствена заштита во врска со бременост и породувањето.
6. Спроведување на превентивните, терапевтските и рехабилитационите мерки.
7. Превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите.



8. Лекови, помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарски материјал потребни за лекување според листата на лекови што ја утврдува Министерството за здравство.
9. Здравствено воспитување со систематска работа со здравото и болното население.
10. Испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба на осигурениците т.е. во специјалистичко-консултативната здравствена заштита.
11. Спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки.
12. Протези ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и заботехнички средства, утврдени со општ акт на Министерството за здравство.
13. Испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови.

Во основната здравствена заштита не спаѓаат здравствените услуги кои се плаќаат со лични средства, загарантираните права и утврдени потреби и интереси на општеството и на специфичната здравствена заштита соодветно. Овие услуги се утврдени во членовите 31, 32 и 33 од 333/91.

### **1.1.2.2. ОСИГУРЕНИЦИ**

Следен член кој е од големо значење за правата на осигурениците/пациентите е членот 12. Врз овој член од 333/91 година се извршени 2 интервенции, во 1993 и 1995 година. Во 1993 година дојде до две промени. Прво, дојде до проширување во правата конкретно за војниците од Армијата на Р.М. со што сега и тие имаат право на основната здравствена заштита и второ, право на основна здравствена заштита им се даде и на невработените лица, додека се пријавуваат кај организацијата надлежна за работите на вработувањето, ако немаат друг основ на осигурување (чл. 1, ЗИД333/93). И оваа промена е добра, но истовремено најавува една поголема

контрола врз осигурениците и Фондот за здравствено осигурување како носител на осигурувањето. Самото зајакнување на механизмот на контрола може да значи само едно – дека постојат сериозни проблеми со полнењето на буџетот на Фондот за здравствено осигурување, а со тоа директно е засегнат и Буџетот на Републиката кој фигурира како еден од изворите на парични средства кои се слеваат во Фондот за здравствено осигурување. Следната промена на членот 12 е донесена во 1995 година (чл. 1, ЗИД333/95) и се однесува на корисниците на пензии и корисниците на права на преквалификација или доквалификација како осигуреници и право на вработување според прописите на пензиско и инвалидско осигурување, додека примаат паричен надоместок според тие прописи, како и на државјаните на Република Македонија кои примаат пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојуваат на територијата на Републиката. Со ова јасно се гледа на бришењето на делот ”кои не се во работен однос”, но со додавањето на ставот 2 со истиот пакет на промени се гледа дека и граѓаните кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување според став 1 на членот 12, можат да пристапат кон задолжително здравствено осигурување заради користење на правата на основната здравствена заштита, со што не можеме да тврдиме дека станува збор за намалување на правата.

Следен член од голема важност е членот 13 од 333/91. Во него се дефинира преминот од еден кон друг основ на осигурување. Истиот доживеал промена во 1995 година. За да биде појасно убаво би било да го видиме членот 13 во 333/91 година во кој стои дека осигурениците по престанокот на својството врз основа на кои биле осигурени, можат да ги остваруваат само правата од здравственото осигурување чие користење го започнале пред престанокот на својството на осигуреник. За да го дообјасниме овој член ќе претпоставиме една хипотетичка ситуација. Работник кој имал задолжително здравствено и дополнително задолжително осигурување како и доброволно осигурување, го губи работното место. Задолжителното здравствено осигурување не може да го изгуби по никаков основ (види чл. 5, 333/91), но дополнителното

задолжително и доброволното осигурување може да ги изгуби доколку го загуби работното место<sup>7</sup>. Сега тој невработен човек ќе може да ги користи услугите од задолжителното здравствено осигурување бидејќи организацијата надлежна за работите за вработувањето (денешната Агенција за вработување) по службена постапка ќе го префрли како невработено лице и ќе поднесе пријава за здравствено осигурување за него. Со измените од 1995 година (чл. 2, ЗИД333/95) осигурениците по престанокот на својството врз основа на кои биле осигурени, можат да ги остваруваат само правата од здравственото осигурување чие користење го започнале пред престанокот на својството на осигуреник, освен правата на парични надоместоци и правото на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и заботехнички средства. Во овој случај можеме експлицитно да кажеме дека не станува збор за намалување на одредено право, туку за недоискажаност во членот 13 од 333/91 година бидејќи протезите, ортопедските и другите помагала секако подлежат во делот доброволно осигурување (види чл. 30, 333/91).

Следен член кој е од важност е членот 17 од 333/91 и истиот го дефинира правото на здравствена заштита на граѓани кои не подлежат на здравствено осигурување. Од овој член можеме да видиме дека врз основа на заемност и солидарност, здравствена заштита им е обезбедена и на следниве категории на лица:

1. Здравствена заштита на децата и младинците до 18 години возраст, учениците и студентите до крајот на школувањето, но најмногу до навршување на 26 односно 27 години возраст; како и на лицата над 65 години возраст;
2. Здравствена заштита на жените во врска со бременоста, породувањето, леуњството и контрацепцијата;

---

<sup>7</sup> Хипотетичката ситуација е реална доколку сега невработениот не може да уплаќа парични средства за дополнително задолжително односно доброволно осигурување, а со носењето на Законот за доброволно здравствено осигурување осигуреникот не може да има доброволно здравствено осигурување доколку нема веќе постоечко задолжително осигурување.

3. Здравствена заштита во случај на заболување од: заразни болести, душевни болести, ревматска грозница и нејзините компликации, малигни заболувања, шеќерна болест, бубрежни заболувања што се третираат со хронична дијализа, прогресивни нервни и мускуларни заболувања, церебрална парализа, мултиплекс склероза, цистични фибрози, хемофилија таласемија и на неа слични болести, епилепсија, алкохолизам и наркоманија.

Овој член има доживеано измена во 1995 година (чл. 4, ЗИД333/95) кога е додаден нов член 17-а во кој се утврдени условите според кои осигурениците ќе можат да остварат право на парични надоместоци. Овие услови се следниве:

1. Здравственото осигурување да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настанувањето на случајот за кој може да се оствари правото, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување.
2. Придонесот за здравствено осигурување да е редовно уплатуван или со задоцнување од најмногу 60 дена
3. Ако оцената за привремената спреченост за работа ја дал избраниот лекар, односно лекарската комисија од член 24 на 333.

Со додавањето на членот 17-а, јасно се гледаат рестриктивните елементи кои што постојат за да биде во можност осигуреникот да го оствари правото на паричен надоместок. Да ја земеме за пример точката 2 која се однесува на редовното уплаќање на придонесот за здравствено осигурување. Доколку се вратиме на членот 5 од 333/91 година јасно можеме да видиме дека средствата за здравствена заштита се обезбедуваат од доходот, односно добивката на претпријатијата и другите организации, од бруто-личниот доход на работниците и работните луѓе, од Буџетот на Републиката, од средствата на организациите, од личните средства на граѓаните и од други извори. Проблемот е што со додавањето на овој член многу граѓани останаа без правото на парични надоместоци точно поради неможноста на претпријатијата редовно да уплаќаат во Фондот за здравствено осигурување. Исто рестриктивен е и делот каде што здравственото осигурување морало да трае непрекинато 6

месеци за да може осигуреникот да го оствари правото на паричен надоместок. Единствена светла точка е што паричниот надоместок е загарантиран доколку се работи за повреда на работно место или пак за професионално заболување.

### **1.1.2.3. Надоместок на личниот доход**

Во делот надоместок на личниот доход има девет члена и тоа од член 18 до член 27. Во овие членови е дефинирано кои услови треба да ги исполнат граѓаните за да добијат надоместок при привремена спреченост за работа, начинот на одредување на основицата на надоместокот на личниот доход, како и механизмот на контрола. Членот 22 е променет во 1993 година, а членовите 20, 23 и 24 – во 1995 година. Интересна промена се јавува во членот 22 (чл. 2, ЗИД333/93) кој се однесува на надоместокот на личниот доход за време на привремена спреченост за работа и се кажува дека истиот се определува најмалку во висина од 70% од основицата за надоместокот на личниот доход, но не помалку од 70% од износот на загарантираниот личен доход утврден според прописите за работни односи. Промената се однесува на бришење на зборовите: "загарантираниот личен доход утврден според прописите за работни односи" и истите се заменуваат со зборовите: "најниската плата утврдена со колективен договор". Со оваа промена суштински се менуваат две работи. Прво, личниот доход не е повеќе загарантиран што е дел од т.н. законски измени кои имаат за цел бришење на колективната меморија кон стариот систем како што беше случајот со бришењето на зборовите "солидарност" и "заемност" т.е. дека не постојат повеќе загарантирани парични примања. Другата промена е директно поврзана со членот 20 кој поблиску одредува што е содржано во основицата на надоместокот на личниот доход. Од членот 20 може да се види дека основицата на надоместокот на личниот доход за време на привремена спреченост за работа

ја сочинува просечната аконтација<sup>8</sup> на личниот доход остварена во последните три месеци пред настапување на случајот поради кој се стекнува правото на надоместок, а за корисниците кои вршат дејност со личен труд износот на личниот доход кој е утврден како основица за плаќање на средствата за здравствена заштита во тековната година. Проблемот настанува доколку работникот земе далеку помала плата од просечната аконтација или, поточно кажано, ако не земе воопшто плата во последните три месеци пред настапување на случајот поради кој се стекнува правото на надоместок. Во прилог на ова тврдење е и ставот 2 од членот 22 каде стои дека надоместокот на личниот доход за првите 60 дена спреченост за работа го утврдува и исплатува организацијата односно работодавачот од своите средства, а над 60 дена – Фондот за здравствено осигурување. Од тука ако направиме паралела работодавачот е тој кој би ја одредувал “најниската плата утврдена со колективен договор”, со тоа и аконтацијата од која директно зависи и крајната сума со која осигуреникот би бил обесштетен во случај на привремена спреченост за работа. Заклучокот е дека овие членови во овој облик оставаат огромна можност за злоупотреба од страна на работодавачот при исплаќањето на средствата.

За среќа, членот 20 доживува промена (чл. 5, ЗИД333/95) и зазема далеку поексплицитен облик со што се намалува можноста за злоупотреба. Така во новиот облик како основица за пресметување на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа се зема просечниот износ на платата на кој е платен придонес за здравствено осигурување во последните три месеци пред настанувањето на случајот поради кој се стекнува правото на надоместокот, а за корисниците кои вршат дејност со личен труд, основицата на која е платен придонес за здравствено осигурување. Во членот 23 е дефинирано надоместокот на личниот доход да се исплатува од средствата на Фондот за здравствено осигурување од првиот ден на привремената спреченост за работа поради неѓа на болно дете до три години возраст и доброволно давање на крв,

---

<sup>8</sup> Однапред дадена сума на пари во помал износ за услугата која треба да се добие.

ткиво или орган. Дополнително надоместок на личниот доход се исплатува и за привремена спреченост за работа и за осигуреници земјоделци. Со додавањето на нов став 3 (чл. 6, ЗИД333/95) во членот 23 се гледа зголемување/додефинирање на правото на дарителите на крв да остварат исплаќање надоместок на личниот доход и тоа ако доброволен дарител на крв не остварил надоместок на платата во организацијата во која е вработен, за отсуство од работа поради доброволно дарување на крв, може да бара тоа право да го оствари на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување.

Членот 24 се однесува на оценката за привремената спреченост за работа. Во 333 (1991) стои дека оценката за привремена спреченост за работа за првите 15 дена дава лекарот што го избрал осигуреникот, а од 16 до 60 дена дава лекарска комисија на здравствената организација која ја спроведува примарната здравствена заштита. Со измената од 1995 година (чл. 7, ЗИД333/95) истата надлежност се дава на првостепената комисија која ја одредува Фондот за здравствено осигурување. Со оглед на тоа што Фондот ги исплаќа паричните средства, јасно се гледа дека постои можност првостепената комисија да не одлучува објективно по однос на случаите за привремена спреченост за работа, бидејќи директно е подредена под Фондот.

#### **1.1.2.4. НАДОМЕСТОК НА ПАТНИТЕ И ДНЕВНИТЕ ТРОШОЦИ**

Во 1995 година дојде до две промени на членот 28 (чл. 8, ЗИД333/95). Со првата промена, согласно фактот што Македонија веќе стана самостојна држава, беше прецизирано дека, под услови и во висина утврдени со општ акт на Министерството за здравство, осигурениците и членовите на нивните семејства имаат право на надоместок на патните и дневните трошоци ако се упатени да користат здравствени услуги надвор од Македонија. Со втората, пак, промена на осигурениците и членовите на нивните семејства им се дава право на надоместок на патните трошоци ако се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и вежби за

рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење, а кои се спроведуваат амбулантски.

### **1.1.3. ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ СЕ ПЛАЌААТ СО ЛИЧНИ СРЕДСТВА**

Овој поднаслов го содржи членот 31 и во него се дефинирани сите услуги кои се плаќаат со лични средства односно задолжителното здравствено осигурување не ги покрива истите. Во 333/91 стои дека граѓаните користат здравствена заштита со плаќање на услугите со лични средства во здравствената организација за:

1. Услугите од членот 30 став 1 на овој закон ако не е установено доброволно осигурување.
2. Прекинување на бременост до трето новородено дете, ако не е медицински индицирано
3. Трошоците за лекување кои се последица на непридржување на упатствата од лекарот
4. Услугите за издавање на лекарски уверенија за возачка дозвола, за утврдување на општата работна способност, за остварување на оштетни побарувања и сл.
5. Трошоците за набавка на нови протетски и ортопедски справи, очила и други помагала пред утврдениот рок, доколку состојбата не е променета или се оштетени или загубени.
6. Трошоците за здравствени услуги во врска со отрезнување и лекување од акутна алкохолизирана состојба, како и трошоците за намерни труења кои не се предизвикани од душевни растројства.
7. Разлика на трошоците за лекување надвор од Републиката и надвор од земјата ако лекувањето е преземено без соодветен упат.
8. Трошоците за општа нега и дел од трошоците за сместување и исхрана во геронтолошка здравствена организација.



9. Лекување кое е последица на кривично дело или прекршок што го сторил самиот осигуреник

10. Незадолжително вакцинирање.

11. Други здравствени услуги кои според овој закон и актите на Министерството за здравство не паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување.

Во 1995 година (чл. 9, ЗИД333/95) дополнето е дека граѓаните ќе користат здравствена заштита со плаќање на услугите со лични средства за оние здравствени услуги што не се опфатени во задолжителното здравствено осигурување. И дека осигурениците ќе плаќаат за услугите во специјалистичко-консултативната и болничка здравствена заштита кои ги користат без упат од избраниот лекар, освен кога е во прашање итен медицински случај. Со оваа промена се засилува контролата над секундарното здравство и пациентите повеќе немаат можност да користат здравствени услуги без упат од избраниот лекар на повисока инстанца т.е. во секундарното или терциерното здравство. Како механизам за остварување на оваа можност е плаќањето на таа услуга со лични средства од страна на пациентите, се разбира, доколку нема вистинска индикација т.е. доколку на своја рака одлучиле да се лекуваат на повисока инстанца. Ова дополнување не може да се третира како намалување на правата на пациентите туку е измена на структурата и механизмот според кој пациентите би се праќале на лекување на повисока инстанца.

#### **1.1.4. ЗАГАРАНТИРАНИ ПРАВА И УТВРДЕНИ ПОТРЕБИ И ИНТЕРЕСИ НА ОПШТЕСТВОТО**

Овој поднаслов го содржи членот 32 кој беше променет петпати, во 1993, 2004, 2005, 2007 и во 2011 година. Во 333/91 година на граѓаните на Р.М. им се загарантирани следниве права, утврдени потреби и интереси на општеството:

1. Мерки и активности за заштита од штетното влијание врз здравјето на населението, на гасовите, бучавата, јонизирачките зрачења, загаденоста на водата, тлото, воздухот и животните производи и други влијанија на човековата животна и работна средина;
  2. Мерки и активности за откривање, спречување и сузбивање на заразни болести кои подлежат на задолжително пријавување;
  3. Обезбедување на хигиенско-епидемиолошки минимум на населението.
  4. Превенција и лекување на карантински болести, наркоманија и СИДА.
  5. Мерки и активности за планирање на семејството;
  6. Други мерки и активности утврдени со посебни програми;
- Со првата промена од 1993 година (чл. 3, ЗИД333/93), точките 3 и 4 се менуваат при што се додаваат систематски прегледи на децата, учениците и студентите како и мерки и активности за заштита на жените за време на бременоста, породувањето и леунството и на доенчињата како приоритети, за сметка на отфрлањето на хигиенско-епидемиолошкиот минимум. Дополнително, додадени се и:
1. Мерки и активности за организирање и унапредување на крводарителството;
  2. Обезбедување на трошоците за болни кои се третираат со дијализа;
  3. Обезбедување на лекови за трансплантирани болни;
  4. Обезбедување на цитостатици, инсулин и хормон за раст.
- Покрај тоа, додадени се уште девет програми финансирани од Буџетот на РМ:
1. Програма за превентивна здравствена заштита.
  2. Програма за задолжителна имунизација на населението.
  3. Програма за испитување на појавата, спречување и сузбивање на бруцелозата кај луѓето.
  4. Програма за превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението.
  5. Програма за заштита на населението од СИДА.
  6. Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата.

7. Програма за систематски прегледи на децата, учениците и студентите.
8. Програма за организирање и унапредување на крводарителството.
9. Програма за обезбедување на потребите од точките 7, 8 и 9 од став 2 од овој член.

Како што забележавме претходно, од измените се гледа дека е отфрлен хигиенско-епидемиолошкиот минимум (кој содржи и норми и правила и за безбедно ракување со храна како и стекнувања на основни познавања како на лицата кои произведуваат или ракуваат со храна, така и за пошироката популација) како еден од приоритетите на борба на здравствениот систем, но со оглед на тоа дека здравствениот систем во Република Македонија во тој период е во една релативно добра состојба<sup>9</sup>, со бришењето на хигиенско-епидемиолошкиот минимум не се очекува некоја значајна промена. Другите промени се позитивни односно има проширување и додефинирање на правата на граѓаните.

Наредната промена на овој член се случи во 2004 година (чл. 2, ЗИД333/04) и донесе уште едно важно подобрување на правата на пациентите преку додавање на мерки и активности за рано откривање и спречување на болестите на репродуктивните органи кај жената како и програма со истата цел.

Следната година членот 32 беше променет два пати. Во октомври 2005 година (чл. 1, ЗИД333/окт.05) во него е внесена одредба која се однесува на организационата поставеност односно на утврдувањето на мрежа на здравствени установи во Р.М. Подоцна во оваа студија ќе видиме дека овој член ќе биде местото каде што ќе се кршат копјата помеѓу народните избраници и Уставниот суд. Со измената од декември 2005 година, пак, (чл. 1, ЗИД333/дек.05) се обврзуваат правните лица коишто произведуваат или увезуваат

---

<sup>9</sup> Како мерило за квалитетот на еден здравствен систем може да се земе бројот на починати деца (новороденчиња кои починале) или појавата на некои болести како туберкулоза на пример. Тоа од друга страна е директен показател и за животниот стандард на населението.

тутунски производи кои содржат штетни материи по здравјето на населението, да плаќаат надоместок кој ќе се слева во Буџетот на РМ. Со ова се отвора нов “фронт” за борба со лицата кои произведуваат или увезуваат тутунски производи. Оваа мерка за здравствениот систем е за пофалба, но можеше да донеси огромно незадоволство кај тутуно-производителите или кај лицата кои увезуваат тутунски производи. Во декември 2005 година се додадени уште пет нови членови кои се однесуваат на лицата кои произведуваат односно увезуваат тутунски производи, но нив нема да ги анализираме бидејќи во нив нема ништо суштинско што се однесува на правата на пациентите (чл. 2, ЗИД333/дек.05).

Наредните промени се случуваат во 2007 година (чл. 1 и 2, ЗИД333/07). Тогаш се формира Здравствен совет како советодавно тело на министерот за здравство, но истиот нема да го разгледаме. За нас од важност е новото проширување на правата на пациентите преку додавањето на мерки и активности за рано откривање, дијагностицирање и лекување на ракот на дојката кај жената како и програма со истата цел.

Во врска со обврската правните лица кои произведуваат односно увезуваат тутунски производи кои се штетни по човековото здравје да плаќаат надоместок интересно е да се потенцира следново. Кога во декември 2005 година владата предводена од СДСМ ја вовеле оваа обврска, поради нејзиното воведување изгуби огромно гласачко тело (лично мислење на авторот). По доаѓањето на власт на владата предводена од ВМРО-ДПМНЕ оваа обврска не беше променета и во 2012 беше инкорпорирана во новиот Закон за здравствена заштита (чл. 16, 333/12). За потоа, по седум години, да дојде до нејзина промена. Имено, во 2013 година (чл. 1, ЗИД333/јули.13) наместо средствата за остварување на загарантираните права и утврдените потреби и интереси на државата да се обезбедуваат и од надоместокот што го плаќаат правните лица кои произведуваат или увезуваат тутунски производи утврдено е тоа да се прави преку дел од акцизата на пиво во износ од 1 денар по литар и дел од акцизата на етил алкохол во износ од 40 денари/литар чист алкохол. Со оваа промена се амнестирани лицата кои дотогаш

плаќале надоместок за произведување или увезување на тутунски производи кои се штетни по човековото здравје и нивното место го заземаат лицата кои произведуваат или увезуваат алкохол. Оваа измена е типичен пример за потценување на стручната јавност (поради неконзистентноста на политиките) и кршење на правата на пациентите (поради намалување на приливот на средства). Самиот факт што се избришани зборовите “тутунски производи што содржат штетни материи по здравјето на населението” и едноставна замена со “акцизата за етил алкохол”, освен што има негативен ефект на здравствената политика која се води во државата, е и доказ за носењето на закони кои имаат за цел да го продолжат владеењето на истиот владин состав, односно осигурување на позициите. Ова е лесно да се заклучи доколку ја погледнеме целокупната слика на политичката сцена во Македонија. Имено две мерки од кои една каде се даваат субвенции на тутунопроизводители, а друга каде истите се обврзуваат да плаќаат надоместоци затоа што произведуваат тутунски производи кои содржат штетни материи по здравјето на населението едноставно не одат заедно. Тутунопроизводителите се силно гласачко тело, па со оглед на тоа лесно е да се заклучи зошто Владата ја одбра оваа измена пред здравјето на населението. Во прилог на претходново тврдење оди фактот што лесно можеле да додадат нов став во кој освен лицата кои произведуваат или увезуваат тутунски производи кои се штетни по човековото здравје, надоместок ќе мора да плаќаат и лицата кои произведуваат односно увезуваат алкохол. Последен пат членот 16 е променет во 2014 (чл. 1 ЗИД333/дек.14) и со носењето на оваа промена се предвидува дел од акцизата на цигарите (конкретно, 0,053 денари по парче цигара) да биде наменета за набавка на лекови за лицата кои боледуваат од ретко заболување што е позитивна промена и одличен пристап кон повторното вклучување на овие лица во општеството и подобрувањето на нивната здравствена кондиција.

## 1.1.5. СПЕЦИФИЧНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Во оваа глава од Законот за здравствена заштита се прикажани задолжителните постапки кои организациите треба да им ги обезбедат на своите работници со цел зачувување односно лекување на истите. Членот 33 од 333/91 година е содржан во оваа глава и во истиот стои дека организациите од своите средства им обезбедуваат специфична здравствена заштита на своите работници за:

1. Прегледи заради утврдување на здравствената состојба и работната способност на работниците за вршење на одредени работи и работни задачи;
2. Систематски, контролни и периодични прегледи на работниците со оглед на полот, возраста и условите за работа, појавата на професионални болести, повреди на работа и хроничните болести;
3. Прегледи на работниците кои задолжително се вршат заради заштита на средината, заштита на потрошувачите, односно корисниците на други задолжителни здравствени прегледи;
4. Прегледи заради утврдување на здравствената способност на работниците за вршење на одредени работи и работни задачи или заради извршување на обврските на организациите во врска со прописите за заштита при работа;
5. Преземање мерки за откривање и отстранување на причините кои можат штетно да влијаат на здравјето на работниците со вршењето на работите, односно работните задачи;
6. Оценување на влијанието на условите за работа врз вршењето на одделни работи односно работни задачи (прашината, бучавата, осветлувањето, зголемената радиоактивност, вибрациите, испарувањето на хемиски материи и слично) заради заштита од професионални болести;
7. Здравствено воспитување и унапредување на здравствената култура на работниците;

8. Следење и унапредување на хигиенските услови за работа, како и условите за исхрана на работниците;
9. Проучување и преземање мерки заради намалување на привремената спреченост за работа, односно инвалидноста;
10. Оценување на потребата за упатување на работниците на организирани медицински програмирани активни одмори и активна рекреација и други превентивни мерки.

Како што можеме да видиме, овој член е одличен пример за заштита на осигурениците (пациентите) во случајот работниците. Во овој случај работните организации се должни да обезбедат финансиски средства за дополнителните периодични прегледи кои им следуваат на работниците. Единствена забелешка по однос на овој член е тоа дека не е дефиниран временскиот интервал на кој што треба да се извршуваат периодичните прегледи како и механизмот на покренување на самиот акт на упатување на вработените на контролни здравствени прегледи. Овој член нема доживеано промена сè до носењето на 333/12.

### **1.1.6. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА**

Во членот 34 од 333/91 е дефинирано дека пациентите можат да ги остваруваат своите права во Фондот за здравствено осигурување. На овој член се надоврзува членот 35, во кој се утврдува кои институции и лица ја поднесуваат пријавата за здравствено осигурување, со цел осигурениците да ги уживаат правата од здравствено осигурување. Конкретно, пропишано е вака:

1. Организациите, односно работодавачите – за работниците вработени кај нив;
2. Работните луѓе и земјоделците – сами за себе;
3. Фондот за пензиско и инвалидско осигурување – за корисниците на пензии и други права од пензиското и инвалидското осигурување;

4. Организацијата надлежна за работите на вработувањето (днешна Агенција за вработување) – за привремено невработените;
5. Надлежниот орган на управата – за учесниците на НОВ, воените инвалиди, цивилните инвалиди, за членовите на семејствата на паднатите и умрените учесници во НОВ и на лицата кои се наоѓаат на задолжителна воена служба во ЈНА и за корисниците на основните права од социјална заштита;
6. Казнено-поправната, односно воспитно-поправната установа за лицата кои одлежуваат затворска казна.

Лицата се пријавуваат сами за себе и во следниве случаи:

1. Државјани на СФРЈ кои се во работен однос во странство ако не се задолжително осигурени кај странскиот носител на осигурување според законот на земјата во која се вработени или според меѓународната спогодба, а имале живеалиште на територијата на Републиката непосредно пред засновањето на работниот однос во странство;
2. Странски државјани и лицата без државјанство вработени во странски фирми кои изведуваат работи на територијата на Републиката ако со меѓународен договор поинаку не е дефинирано;
3. Странските државјани за време на школување или стручно усовршување на територијата на Републиката ако со меѓународен договор поинаку не е определено;
4. Странските државјани ако на територијата на Републиката се во служба на меѓународни организации, странски конзуларни и други претставништва или во лична служба на странски државјани кои уживаат дипломатски имунитет ако со меѓународен договор поинаку не е определено;

Понатаму во истиот член стои дека пријавата за осигурување се поднесува до Фондот за здравствено осигурување во рок од 8 дена од денот на засновањето на работниот однос, односно од денот на стекнувањето на својството врз основа на кое лицето подлежи на задолжително осигурување. Ако Фондот за здравствено осигурување по поднесената пријава не признае својство на осигуреник или тоа својство го признае по друга основа, должно е за тоа да донесе решение.



Позитивно со овој член е што во казнените одредби на 333/91, во членот 189 стои дека со парична казна од 5.000 до 10.000 динари ќе се казни за прекршок организацијата ако во определениот рок не поднесе пријава за утврдување на својството на осигуреник. Оваа казна во 1993 година (чл. 25, ЗИД333/93) се зголеми на 20 – 50 плати со што се отвора вистински фронт за борба со работодавачите и институциите кои нема да ги пријават своите вработени во Фондот за здравствено осигурување со цел да добијат својство на осигуреници. За жал, таа практика трае кратко, до 1995 година (чл. 34, ЗИД333/95) каде сумата од 20 – 50 плати се намалува на 4 до 10 плати. Но оваа промена и не е толку трагична со оглед на тоа што во став 1 од членот 189 е додадена одредба дека доколку организацијата или работодавачот изврши исплата на плата, пензија или друго парично примање, а не уплати придонес за здравствено осигурување или придонесот за здравствено осигурување го уплати во помал износ дека ќе се казни со 4 – 10 плати.

Следен член од оваа глава кој е од важност е членот 37 каде стои дека својството на осигуреник се докажува со здравствена легитимација, што ја издава Фондот за здравствено осигурување. Овде нема ништо спорно, но во 1995 година (чл. 11, ЗИД333/95) додадено е дека меѓу другото е потребен доказ дека придонесот за здравствено осигурување е платен. Со оваа промена осигурениците се буквално осудени да го бараат доказот дека нивниот придонес за здравствено осигурување е платен ако сакаат да добијат здравствена заштита кој и онака не е во нивна надлежност да го платат освен ако не треба сами да се пријават во Фондот за здравствено осигурување (види чл. 34, 333/91). Дополнително оваа промена укажува дека контролата на Фондот во наплатувањето на своите побарувања е многу слаба.

## **1.1.7. ПРАВА И ДОЛЖНОСТИ ПРИ КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА**

Правата и должностите на осигурениците можеби е најважната глава од 333. Во неа се содржани 16 члена од кои 5 члена имаат

доживеано промена. Најважна е промената на членот 43 од 333/91. Во него се пропишува дека тогаш кога осигуреникот користи специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита без упат надвор од Републиката, Фондот за здравствено осигурување ги поднесува трошоците до висината на утврдената цена, а разликата во цените на здравствените услуги и патните и дневните трошоци ги поднесува осигуреникот. Во 1993 година (чл. 5, ЗИД333/93) истиот член се бриши при што со овој потег се намалува правото на пациентот на “своја рака” да замине на лекување во странство и при тоа Фондот за здравствено осигурување да му покрие дел од трошоците до утврдената цена на услугата, додека разликата да ја плати пациентот. Сепак, треба да се има предвид дека во членот 44 од 333/91 стои дека пациентите имаат право да се лекуваат во странство, но само под услов ако заболувањето не може да се лекува во Републиката, а за лекување на истото постојат можности во странство.

### **1.1.8. СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ**

Од оваа глава од особено значење е членот 59 поточно точките 3 и 9 кои се променети во 1993 и 1995 година. Во 333/91 година, во точката 3 од членот 59 стои дека Министерството за здравство го утврдува обемот на здравствени услуги што паѓаат на товар на средствата за здравствено осигурување. Ова значи дека Министерството за здравство ќе определи квантитативно кои здравствени услуги ќе бидат на товар на Фондот за здравствено осигурување и пациентите нема да доплаќаат за истите. Во 1993 година (чл. 7, ЗИД333/93) се прави измена со која буквално се остава можност за определен број на дотогаш бесплатни услуги т.е. услуги кои целосно паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување, пациентите да мора да доплаќаат. Така со промената од 1993 година Министерството за здравство го утврдува обемот на здравствените услуги што паѓаат

на товар на средствата за здравствено осигурување и учеството на осигурениците во цената на одделни здравствени услуги и лековите. За среќа оваа промена на точката 3 од 1993 година е укината во 1995 година (чл. 14, ЗИД333/95), при што точката 3 го зазема обликот како од 1991 година.

## **1.1.9. ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА СРЕДСТВА**

Во членот 62 од 333/91 се дефинирани правните, физичките лица и институциите кои обезбедуваат средства за остварување на загарантираните права на осигурениците и тие се:

1. Буџетот на Републиката;
2. Доходот односно добивката на организациите;
3. Личните доходи на работниците и другите работни луѓе односно од средствата на граѓаните;
4. Личниот доход остварен со дополнителна работа;
5. Вкупниот приход на организациите;
6. Учество на осигурениците;
7. Камати и дивиденди;
8. Подароци;
9. Легати;
10. Приходи од авторски права и лиценци;
11. Други приходи

Следен член кој е важен е членот 63 од 333/91 во кој се дефинирани групите на лица и активности кои ги обезбедува Републиката со средства од буџетот и тие се:

1. Спроведување на мерките и активностите утврдени со програмите од членот 32 (види погоре за членот 32 од 333/91 и негови измени)
2. Здравствена заштита на душевно болни лица со непознато место на живеење;
3. Здравствена заштита на лицата на издржување казна затвор, лицата кои се наоѓаат во притвор ако не се осигурени по друг

основ и малолетните лица кои се наоѓаат на извршување на воспитна мерка упатување во воспитно-поправен дом односно установа и членовите на семејството на осигуреник кој се наоѓа на задолжителна воена служба во ЈНА (АРМ) за времето додека примаат материјално обезбедување, според посебни прописи.

4. Укажување итна медицинска помош на странските државјани;
5. Спроведување на надзорот над стручната работа;
6. Спроведување на мерки на здравствена заштита кои ќе ги наредат органите на Републиката;
7. Работа на заводите за здравствена заштита во областа на здравствената статистика;
8. Здравствена заштита на лицата кои не подлежат на здравствено осигурување но според принципите на заемност и солидарност истата им е загарантирана.
9. Прегледи на умрени лица и утврдување на времето и причината на смртта на лицата умрени надвор од здравствените организации.

Овој член е променет во 1993 година (чл. 8, ЗИД333/93) при што Републиката обезбедува средства и за здравствена заштита на лицата кои се наоѓаат на отслужување на воениот рок и за воените обврзници во резервниот состав кои се повикани на воена должност ако не се осигурани по друг основ. Ова е позитивно дополнување на правата на осигурениците.

Следен член од интерес е членот 73 од 333/91 во кој стои дека за пресметувањето, уплатувањето, стасаноста, застареноста, отпишувањето и присилната наплата на средствата за здравствено осигурување, како и за казнените камати се применуваат прописите за пресметување и наплата на даноците на граѓаните. Во 1995 година (чл. 18, ЗИД333/95) ослабува механизмот за наплата, бидејќи присилната наплата како механизам се брише од членот 73.

Следен член од важност е членот 76 во кој во 333/91 стои дека на осигуреникот му се овозможува да бара дел од уплатените средства од придонесот за здравствено осигурување да му се вратат доколку осигуреникот не користел здравствени услуги до обемот што ги утврдило Министерството за здравство. Во овој член исто

така стои дека ако осигуреникот го искористи утврдениот обем на здравствени услуги за користење на услугите над утврдениот обем, осигуреникот со лични средства учествува во дел од трошоците на здравствените услуги односно лековите во висина и на начин утврдени со општ акт на Министерството за здравство, освен за здравствени услуги што ќе ги утврди Министерството за здравство. Со промената од 1993 година (чл. 12, ЗИД333/93) се додаваат три нови членови (76-а, 76-б и 76-в). Така во членот 76-а се дефинирани категориите кои се ослободени од учество со парични средства освен за лекување во странство и тие се:

1. Децата до 14 годишна возраст<sup>10</sup>;
2. Жените во врска со бременоста, породувањето, мајчинството и планирањето на семејството, освен во случај на прекин на бременост до трето дете;
3. Работниците и корисниците на инвалидска пензија во врска со лекување и рехабилитација од повреда на работа и професионални болести;
4. Корисниците на основните права според Законот за социјална заштита;
5. Здравствените услуги во врска со лекувањето на малигни заболувања, прогресивни нервни и мускуларни заболувања, церебрална парализа, мултиплекс склероза, цистични фибрози, хемофилија, епилепсија, заразни болести, ревматска грозница и нејзините компликации, шеќерна болест, бубрежни заболувања што се третираат со хронична дијализа, душевни болести, алкохолизам и наркоманија, таласемија и на неа слични болести, инфаркт на миокардот, состојби по операција на коронарни артерии, декомпензација на срце, срцев блок, вграден пејсмејкер, состојби по пресадување на бубрези, пемфигус и лупус еритематодес;

---

<sup>10</sup> Види член 17 од 333/91 година каде се дефинирани категориите на лица кои не подлежат на осигурување, но врз основа на заемност и солидарност им се обезбедува правото на здравствена заштита.

6. Дарителите на крв кои доброволно даруваат крв повеќе од 10 пати;

7. Лицата постари од 65 години живот, освен за лековите на рецепт што паѓаат на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување и за кои учествуваат со 5% од цената на лекот.

Од членот 76-а можеме да видиме една огромна категорија на лица кои се ослободени од учеството со парични средства што е позитивно проширување на правата на пациентите.

Во членот 76-б стои дека осигуреникот и членовите на неговото семејство учествуваат со лични средства во цената на протезите, ортопедските и други помагала и средства изработени од стандарден материјал според листата утврдена согласно член 59 точка 7<sup>11</sup> на и тоа 20% од цената на слушно помагало и на забно-технички и забно-протетички средства и 50% од цената на сите други протези, ортопедски и други помагала и средства. Ако погледнеме во членот 11 точка 12 од 333/91 ќе видиме дека протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и заботехнички средства подлежат во основна здравствена заштита и за истите не се доплаќа. Доказ за тоа е и членот 31 од 333/91 кој се однесува на здравствените услуги кои се плаќаат со лични средства и таму фигурираат трошоците за набавка на нови протетски и ортопедски справи, очила и други помагала ако се издаваат пред утврдениот рок, доколку состојбата не е променета или се оштетени или загубени. Ова значи дека членот 76-б донесе намалување на правата на пациентите.

Мало ублажување на последиците кои настанале со носењето на членот 76-б е извршено преку членот 76-в. Овој член ги дефинира лицата кои се ослободени од учеството т.е. не мора да уплаќаат определена сума на пари процентуално за услугите од членот 76-б и истите лица се:

1. Деца до 18 годишна возраст

---

<sup>11</sup> Министерството за здравство утврдува листа на протези, ортопедски и други помагала и санитетски средства и стандарди за материјалот од кој тие се изработуваат како и услови за изработка на нови средства пред истекот на утврдените рокови.

2. Осигуреници кои користат протези, ортопедски и други помагала и средства како последица на повреда на работа и професионално заболување
3. Дарителите на крв кои доброволно даруваат крв повеќе од десет пати
4. Лица кои се ослободени од учество по посебни прописи (воени инвалиди и корисници на семејна инвалидна по основ на паднат борец).

## **1.2. ЗАКОН ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (2012)**

На 28 март 2012 година е донесен нов Закон за здравствена заштита и со него престанува да важи 333/91, заедно со сите измени кои биле направени. Некои членови се анализирани претходно во оваа студија, додека останатите кои се однесуваат на правата на пациентите, заради полесна прегледност ќе бидат анализирани понатаму во текстот.

### **1.2.1. ОПШТИ ОДРЕДБИ**

Прв член од важност е членот 4 стои во кој стои дека секој граѓанин има право да ја остварува здравствената заштита со почитување на највисокиот можен стандард на човековите права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност на неговата личност, како и на почитување на неговите морални, културни, религиозни и филозофски убедувања. Дополнително секој граѓанин има право на информации потребни за зачувување на здравјето и стекнување здрави животни стилови и на информации за штетните фактори за животната и работната средина кои можат негативно да влијаат на здравјето, како и на информации за потребните мерки за заштита на здравјето во слу-

чаи на појава на епидемии и други непогоди и несреќи кои можат негативно да влијаат на здравјето.

Од членот 5 до членот 11 се запишани т.н. начела на здравствена заштита. Така во членот 5 стои дека здравствената заштита се заснова врз единството на превентивните, дијагностико-терапевтските и рехабилитационите мерки и врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување на квалитетен и сигурен здравствен третман. Овој член е аналог на членот 7 од 333/91 година и ако направиме споредба, ќе забележиме дека зборовите “рационалност” и “етиката на здравствените работници” како да се подзаборавени. Во овој член, иако нема намалување на права на пациентите, сепак не може да биде изоставен од коментар точно поради оваа измена поврзана со етиката на здравствените работници – скоро како да не е важна повеќе истата.

Прво од начелата е начелото на достапност и истото е прикажано во членот 6 од 333/12. Во него стои дека начелото на достапност на здравствената заштита се остварува со обезбедување на соодветна здравствена заштита за населението во Република Македонија, која е географски, физички и економски достапна, а особено здравствената заштита на примарно ниво. Следното начело кое е наречено “начело на ефикасност” е контрадикторно и истото е прикажано во членот 6. Истото начело кажува дека начелото на ефикасност на здравствената заштита се остварува со постигнување на најдобри можни резултати во однос на расположливите средства, односно со постигнување на највисоко ниво на здравствена заштита со најмалку употребени средства. Овој член е контрадикторен бидејќи сите медицински интервенции било да се куративни или превентивни се стандардизирани. Самата стандардизираност потекнува, еден дел од начинот на образование (средно или високо), еден дел од јавната или приватна институција каде што е вработено медицинското лице. Доколку за една интервенција се потребни: пар ракавици, шприц, игла и определен лек – истата постапка би се одвивала според стандардизирани прописи, но мора да забележиме дека истата постапка би можела реално да



се заврши и без употреба на ракавици. Затоа заклучокот по однос на ова така наивно начело е дека може и тоа како да влијае на правата на пациентите доколку не се додефинираат точно кои се тие стандарди кои не смее да се погизат односно мора да се дефинира долна граница на определени стандарди кои не смее да се пречекорат. Следно од начелата е начелото на континуираност (чл. 8) и истото кажува дека начелото на континуираност на здравствена заштита се обезбедува со функционално воспоставен систем на организација на здравствена дејност на сите нивоа на здравствена заштита од примарно преку секундарно до терцијарно ниво, на начин со кој е овозможена континуирана здравствена заштита на населението во секое време. Ова начело е одлично, всушност сон на секој здравствен систем е да има континуираност во давањето на здравствените услуги кон пациентите. За жал, ова начело многу често е прекршено поради недостаток на лекови во болничката аптека, недостаток на медицински материјали итн. Следното начело кое е наречено “начело на правичност” (чл. 9) и истото се остварува се остварува со забрана на дискриминација при укажување на здравствена заштита по однос на раса, пол, старост, национална припадност, социјално потекло, вероисповед, политичко или друго убедување, имотна состојба, култура, јазик, вид на болест, психички или телесен инвалидитет. Ова начело е дел од етиката на здравствените работници и срамно е истото да постои во пишана форма во Законот за здравствена заштита кога спаѓа во личните норми и правила како и личните етички правила и квалитети кои треба да ги има секој здравствен работник. Треба и да се одбележи дека не е спомната дискриминацијата по однос на сексуална ориентација, што е дел од стратегијата на Владата на ВМРО-ДПМНЕ да ја игнорира оваа дискриминација во законите. Следното начело е начелото на сеопфатност (чл. 10) и истото се обезбедува со вклучување на секој поединец во системот на здравствена заштита, со примена на мерки и активности за здравствена заштита кои опфаќаат промоција на здравјето, превенција на болести на сите нивоа на здравствена заштита, рана дијагноза, лекување и рехабилитација. Делот со активно вклучување на секој

поединец во зачувувањето на сопственото здравје е коментиран претходно во студијата, додека остатокот од начелото е прекрасен пример како би требало да функционира здравствениот систем. Имено превенцијата на болестите е многу важна алка во подобрувањето на здравјето како на индивидуите така и на колективитетот<sup>12</sup>. Последното начело е начелото на квалитетен и сигурен здравствен третман и истото е прикажано во членот 11 во кој стои дека начелото на квалитетен и сигурен здравствен третман се обезбедува со унапредување на квалитетот на здравствената заштита преку примена на мерки и активности, кои во согласност со современите достигнувања во медицинската наука и практика, ја зголемуваат можноста за позитивен исход, намалување на ризиците и другите несакани последици по здравјето и здравствената состојба на поединецот и општеството во целина. Ова начело е исто така добар пример на каде би требало да се движи здравствениот систем во земјата, но за истото се потребни пошироки општествени напори т.е. вклученост и на образовниот систем (средните медицински училишта и медицинските факултети како и останати сродни науки).

### **1.2.2. ЗАГАРАНТИРАНИ ПРАВА И УТВРДЕНИ ПОТРЕБИ И ИНТЕРЕСИ НА ДРЖАВАТА ВО ОБЕЗБЕДУВАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА**

Оваа глава од 333/12 година е аналог на главата “Загарантирани права и утврдени потреби и интереси на општеството” од 333/91. Понатаму во текстот ќе бидат прикажани ставот 1, 2 и 3 од членот 16 од 333/12, додека ставовите 4 и 5 нема да бидат разгледани во овој дел од студијата бидејќи истите беа разгледани претходно. Во членот 16 од 333/12 стои дека на сите граѓани на Р. Македонија им се обезбедува остварување на со 333, загарантирани права, утврдени потреби и интереси и тоа:

---

<sup>12</sup> Кај инфективните заболувања.

- Мерки и активности за заштита од штетното влијание врз здравјето на населението на гасови, бучава, јонизирачки и нејонизирачки зрачења, загаденост на водата, земјиштето, воздухот и храната и други штетни влијанија на животната средина и работна средина;
- Мерки и активности за зачувување на здравјето на населението;
- Мерки и активности за откривање, спречување и сузбивање на заразни болести;
- Обезбедување на хигиенско-епидемиолошки минимум на населението;
- Превенција и лекување на карантински болести и наркоманија;
- Мерки и активности за заштита на жените за време на бременоста, породувањето и леунството и заштита на доенчињата;
- Мерки и активности за организирање и унапредување на крводарителството;
- Обезбедување на трошоците за болни кои се третираат со дијализа;
- Обезбедување на лекови за трансплантирани болни;
- Обезбедување на цитостатици, инсулин и хормон за раст;
- Мерки и активности утврдени со посебни програми;
- Итна медицинска помош согласно со утврдената мрежа на здравствени установи;

Ако направиме споредба со 333/91 и измените кои следуваа подоцна, ќе видиме дека хигиенско-епидемиолошкиот минимум е повторно воведен иако беше исфрлен со носењето на ЗИД333/93 година, но за жал борбата за превенција од СИДА, бруцелоза и туберкулоза исто завршува со носењето на овој закон т.е. истите се симнати од приоритетите.

Понатаму, во членот 16 став 2 од 333/12 стои дека мерките и активностите утврдени со посебни програми се определуваат врз основа на здравствената состојба на населението и утврдените здравствени проблеми и приоритети од јавно-здравствен карактер согласно со донесените стратегии и политики во областа на здравствената заштита. Оваа одредба е одличен пример за тоа во кој правец треба да се движи здравствениот систем. Статистичките

податоци кои се собираат за здравствената кондиција на населението во овој случај ќе најдат одлична примена. Така доколку голем дел од населението страда од кардиоваскуларни болести би било логично со определена програма да се работи на нивна превенција, а за тие кои се веќе во полн ек односно веќе се појавиле, да се работи на нивно лекување. Со овој став е прикажано точно тоа. Борбата со програми кон определени таргет-групи на болести освен што има за цел да ја подобри целокупната здравствена кондиција на населението, има за цел и да заштеди пари од Фондот за здравствено осигурување и од Буџетот на Републиката. Оваа мерка е за пофалба и би требало да фигурира во секој модерен здравствен систем.

### **1.2.3. ДОЛЖНОСТ ЗА УКАЖУВАЊЕ НА КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ ВО ТЕКОТ НА 24 ЧАСА**

Во овој поднаслов е содржан членот 225 од 333/12 и истиот содржи повеќе нејаснотии. Од една страна во ставот 1 стои дека здравствената установа во рамките на својата дејност е должна да укажува здравствена заштита на пациент кој ќе побара таква заштита. Понатаму во ставот 2 стои дека здравствената установа е должна да обезбеди услови за укажување на континуирана медицинска помош во текот на 24 часа и дополнително да има лекови и санитарски средства и за на крај да дојдеме до ставот 3 кој е парадоксален и во кој стои дека итната медицинска помош се обезбедува со рамномерно распоредување на работното време, со работа на смени, дежурство, приправност или комбинација на тие облици на работа. Во овој став е спорна приправноста на медицинските лица во итната медицинска помош, термин што означува дека здравственото лице физички не мора да биде присутно на работното место, но истовремено треба да биде достапно во населеното место каде што работи и за определен временски период истото лице да се појави на своето работно место. Од една страна можеме да видиме

дека според начелото на достапност (чл. 6, 333/12), здравствената заштита мора да биде географски, физички и економски достапна, а особено здравствената заштита на примарно ниво (тука спаѓа и службата за прва помош), а од друга страна се јавува парадоксот на чекање на здравственото лице кое се наоѓа на приправност и на истото му е потребно време за да стигне до работното место т.е. службата за брза помош каде е вработено. Приправноста веројатно фигурира во овој став поради недостатокот на човечки ресурси во центрите за брза помош, во некои помали населени места, но истата е недопустлива во овој случај бидејќи постои можност определен случај да заврши трагично.

## 1.2.4. ПРЕКРШОЧНИ ОДРЕДБИ

Прекршочните одредби се многу важен дел од секој закон, бидејќи можат да покажат дали заложбите на предлагачот на законското решение биле само декларативни или биле реални и дополнително даваат слика за тоа колку ќе се остави простор за некое законско решение да биде изиграно. Така во членот 306 од 333/12 стои дека глоба во износ од 3.000 до 6.000 евра во денарска противредност ќе му се изрече за прекршок на правно лице ако<sup>13</sup>:

- Не обезбеди непрекинато вршење здравствена дејност во мрежата;
- Не укажува здравствена заштита на пациент кој ќе побара таква заштита;
- Не обезбеди услови за укажување на континуирана медицинска помош во текот на 24 часа и/или нема лекови и санитарски материјални средства за укажување на итна медицинска помош;
- На пациентот кој има потреба да се упати во друга здравствена установа не му организира соодветен превоз и медицинско згрижување до приемот во здравствената установа во која се упатува;

---

<sup>13</sup> Ќе бидат разгледани само ставови кои се однесуваат на правата на пациентите.

- Не го прими пациентот на болничко лекување и/или не му обезбеди прием во друга здравствена установа, освен кога случајот не е итен или кога приемот по оцена на овластениот лекар не е потребен;
- На пациентот не му даде писмено образложение за причините за одбивање на приемот за болничко лекување;

Од прекршочните одредби можеме да видиме дека се тежнее да се прикаже слика за голема грижа за правата на пациентите, но, за жал, од информациите кои се презентирани во медиумите, не ретки се ситуации каде се прекршени некои од членовите кои се напишани погоре, а за жал немаме информација дали некоја здравствена установа била казнета?!

### **1.2.5. АНАЛИЗА НА ПРОМЕНЕТЕ НА 333 (2012)**

Од измените и дополнувањата на 333/12, прв член од интерес кој се однесува на правата на пациентите е новиот член 39-а, усвоен во јули 2013 година (чл. 3, ЗИД333/јули.13). Овој член содржи повеќе одредби кои директно или индиректно се одразуваат на правата на пациентите, при што дел од нив содржат рестриктивни елементи кои со сигурност ќе се одразат на крајната услуга која треба да ја добие пациентот. Така во ставот 1 стои дека избраниот лекар е должен да ги упатува пациентите на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита за специјалистичко-консултативни услуги преку електронската листа на закажани прегледи и интервенции. Со воведувањето на овој систем се очекуваше да се стави ред во преполните чекални и како мерка ќе се наметнеше во иднина. Истата како мерка е позитивна, но од друга страна е прерано форсирана. Не е во ред во услови кога болниците се оставени на забот на времето, целокупната енергија да се насочува кон проект кој само би ја подобрил основната услуга без никаква интервенција во условите во кои се лечат пациентите. Понатаму, ставот 6 е типичен пример за рестриктивните елементи кои ги содржи овој член и во него

стои дека медицинскиот директор<sup>14</sup> на здравствената установа во мрежата на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита го определува времетраењето на секоја хируршка интервенција без компликации и со компликации врз основа на меѓународно прифатени стандарди, односно стандарди на професионални медицински здруженија. Прва спорна работа во врска со ова е што се пробува со закон да се унифицира времето потрошено за една медицинска интервенција што е крајно непрофесионално и сатирично. Дополнителен проблем е тоа што медицинскиот тим кој што е задолжен за хируршката интервенција постојано ќе го чувствува притисокот на времето кое поминува и истиот притисок може реално да влијае на квалитетот на работата, кој од друга страна директно ќе го почувствуваат пациентите. Интервенцијата врз пациентот почнува од моментот кога анестезиологот ќе стапни во салата и ќе почне да го подготвува пациентот за анестезија и седација, за подоцна да се овозможат услови за непречена работа на остатокот од медицинскиот тим т.е. хирургот оператор заедно со асистентите. Ако еден од членовите на тимот потфрли, тоа ќе се одрази на целокупното времетраење на интервенцијата, што во овој случај е недозволиво, бидејќи во истиот пакет на промени се додадени и прекршочни одредби кои се однесуваат точно на овој став од членот 39-а. Така, на медицинскиот директор ќе му се изрече глоба од 1.500 до 2.500 евра доколку не го определи најголемото времетраење на хируршката интервенција (чл. 18 ст. 8, ЗИД333/јули.13). Ваквите одредби несомнено претставуваат опасност да се наруши квалитетот на добиената интервенција, а со тоа и да се влошат правата на пациентите. Понатаму од интерес е и ставот 8 од истиот член во кој се кажува дека ако пациентот задоцни на терминот закажан преку електронската листа на закажани прегледи и интервенции во текот на денот, истиот може да биде примен по завршувањето со сите други закажани термини на крајот на работниот ден. Овој став е добар поради фактот што голем дел

---

<sup>14</sup> Во овој случај е потенциран медицинскиот директор, бидејќи постои и економски директор кој е дел од управниот тим на јавната медицинска установа.

од населението, вклучително и пациентите се во постојана трка со времето и некогаш од субјективни причини е можно пациентот да го пропушти дадениот термин. Овој став го заштитува пациентот да не го изгуби правото на медицинска интервенција, со што уште еднаш се пробува да се покаже концептот дека пациентот е пред сè. Делот од овој став каде се претпоставува дека лекарот ќе мора да остане дополнително време на своето работно место со цел да го “услуги” пациентот кој задоцнил на закажаниот термин, како и делот за тоа како ќе му се пресмета тоа дополнително работно време на крајот на месецот во форма на исплатени парични средства на лекарот нема да го коментираме од причини што оваа студија пред сè ги анализира правата на пациентите. Следен став кој ги заштитува правата на пациентите од истиот член е ставот 10. Во него стои дека доколку уредно закажаниот термин не може да се реализира од која било причина поврзана со здравствената установа, а за истото пациентот не е известен по телефон или со смс порака најмалку три часа пред закажаниот термин, патните трошоци кои пациентот ги имал заради нереализирање на закажаниот термин, во висина на билет за автобуски превоз се на товар на здравствената установа во мрежата на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита во која бил закажан терминот, за што пациентот поднесува барање до директорот на здравствената установа. Оваа одредба значи проширување на правата на пациентите иако содржи рестриktivни елементи т.е. предвидени се враќање на искористените средства само за автобуски билет, но не и за други превозни средства кои е можно да се користат. Така за пример да земеме еден пациент со телесен инвалидитет кој многу веројатно би одел со придружба, но и со сопствен приватен превоз поради сè уште, за жал, лоши услови во државата за лица со телесен инвалидитет. Овие парични средства пациентите можат да си ги подигнат по еден ден од доставувањето на барањето за повраток на парични средства за што постои и член од прекршочните одредби (чл. 18 ст. 9, ЗИД333/јули.13) каде директорот на јавната здравствена установа може да се казни со глоба од 500 до 800 евра доколку не постапи според законот.



Рестриктивниот пристап во носењето на определени одредби можеме повторно да го видиме но сега во членот 6 од ЗИД333/јули.13 со кој се забранува давањето на консултантски услуги на пациенти од страна на здравствени работници, односно здравствени соработници вработени во јавна здравствена установа надвор од здравствената установа во која се вработени. Овој став прво се коси со етиката на здравствените работници кои етички се обврзани да си помагаат еден на друг (без разлика дали се вработени во иста здравствена установа или не се), да споделуваат мислења по однос на некој случај, така да паѓаат во вода сите членови, ставови и алинеи каде се потенцира значењето на соработката помеѓу здравствените работници и соработници преку интернет-конференциски врски и сите други останати начини на модерно комуницирање во услови кога постојат вакви рестриктивни ставови во Законот за здравствена заштита. На крајот пациентот е тој кој што губи во овој случај било да е тоа прашање од љубопитност за определена медицинска состојба<sup>15</sup> или се работи за конкретен случај кој е поврзан лично со него или со некој негов близок.

---

<sup>15</sup> Здравственото образование е значаен дел од превентивата за многу медицински состојби.

## 2. ЗАКОН ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Законот за здравствено осигурување е донесен во 2000 година и во период од 14 години е променет неверојатни 25 пати.<sup>16</sup> Со неговото донесување престанаа да важат членовите од Законот за здравствена заштита (1991) кои се однесуваа на здравственото осигурување на пациентите. Важна новина до која дојде со донесувањето на овој закон е што Фондот за здравствено осигурување, кој дотогаш функционираше во склоп на Министерството за здравство, комплетно се одделува како институција.

**Со носењето на 330 на пациентите им се скратени следниве поважни права: Фондот им обезбедува на осигурениците услуги во здравствените установи со кои склучил договор и ако осигуреникот користи основни здравствени услуги во здравствена установа со која Фондот нема склучено договор, трошоците ги плаќа осигуреникот; се лимитира правото на надоместок на плата на 60 денови, без разлика дали постапката за утврдување на инвалидноста ќе трае подолго; се додаваат рестриктивни услови при остварувањето на правото за лекување во странство; се воведе дијагностички минимум и дополнителни прегледи како рестриктивни елементи во остварувањето на правото за боледување; Освен овие кратења на правата на пациентите донесени се и одредени проширувања на правата од кои најважни се: за здравствените услуги за одо-**

---

<sup>16</sup> Закон за здравствено осигурување, Сл. весник на Р.М. бр. 25/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07, 36/07, 82/08, 98/08, 6/09, 67/09, 50/10, 156/10, 53/11, 26/12, 16/13, 91/13, 187/13, 43/14, 44/14, 97/14, 112/14, 113/14 и 188/14.

брено лекување во странство осигуреното лице учествува со 200 евра; Децата со посебни потреби се ослободени од учество при добивањето на здравствени услуги.

## **2.1. КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА НА ОДРЕДБИТЕ ОД ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (1991) КОИ СЕ ОДНЕСУВААТ НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ (2000)**

Во членот 2 од 330 стои дека здравственото осигурување се установува како задолжително и доброволно. Доброволното здравствено осигурување се установува за обезбедување на здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Понатаму во членот 3 се определува кој може да го спроведува задолжителното, а кој доброволното здравствено осигурување. Од тука можеме да видиме дека задолжителното здравствено осигурување го спроведува Фондот за здравствено осигурување, додека доброволното здравствено осигурување можат да го спроведат друштва за осигурување. Овозможувањето на осигурителни друштва да бидат носители на доброволното здравствено осигурување е новина споредено со 333/91 каде единствен носител на здравствено осигурување беше Фондот за здравствено осигурување.

Понатаму од голема важност е членот 5 од 330 каде се прикажани осигурениците кои можат да пристапат кон задолжителното здравствено осигурување. Во 330 се отфрлени неколку категории на лица кои не се потенцирани во членот 5 како осигуреници споредено со членот 12 од 333/91 и измените и дополнувањата на истиот член од 1993 и 1995 година. Така во 330 се исфрлени следниве категории осигуреници:

1. писателите, ликовните, сценските, филмските, музичките и естрадните уметници, композиторите, преведувачите на на-

- учни литературни дела и други уметници кои според посебни прописи дејноста ја вршат како единствено и главно занимање;
2. продавачите на печат, носачите на багаж-членови на соодветните здруженија на носачите на багаж и верските службеници;
  3. лицата кои како членови на соодветни спортски организации се занимаваат со спорт;
  4. лицата на школување, стручно оспособување и усовршување или постдипломски студии во земјата и странство, кои поради тоа го прекинале работниот однос, ако за тоа време примаат стипендија и лицата кои организацијата пред засновање на работен однос ќе ги упати како свои стипендисти на практична работа во друга организација заради стручно оспособување или усовршување;
  5. лицата на кои им е признато својството на цивилен инвалид од војната врз основа на закон;
  6. државјаните на СФРЈ (со ЗИД333/93 променето во државјани на Р. Македонија) кои се во работен однос во странство ако не се задолжително осигурени кај странскиот носител на осигурување според законот на земјата во која се вработени или според меѓународната спогодба, а имале живеалиште на територијата на Републиката непосредно пред засновувањето на работниот однос во странство (види чл. 12, ст. 1, точка 6, 7, 8, 11, 14, 16 и 22, 333/91).

Иако во ставот 2 од овој член стои дека граѓаните кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување можат да пристапат кон задолжителното здравствено осигурување заради користење на право на здравствени услуги, сепак доколку ги видиме лицата кои се изоставени ќе заклучиме дека ова е добро осмислен начин за да се исклучат тие категории од задолжителното здравствено осигурување (се однесува на точките 4 и 5) со надеж на предлагачот на законот дека истите лица ќе заглават во лавиринтите на институциите и финално дека ќе се откажат од нивното право на користење на услугите кои потпаѓаат во делот на задолжителното здравствено осигурување. Да се работеше за една или две категории на лица, можеме да најдеме разбирање дека се вклучени

во некоја друга категорија и дека ќе можат да го остварат своето право на здравствено осигурување, но отфрлање на 17 категории на различни осигуреници укажува дека нешто не е во ред (дел од овие категории можат да влезат во категоријата вработени лица според новата номенклатура, таксативно не е наведено истото).

Во членот 9 од главата “Основни здравствени услуги” во 330, кој е аналог на членот 11 од 333/91, новина и добра промена е дозволувањето за сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена.

Во членот 11 од 330 доаѓа до намалување на правата на осигурениците во случајот работниците кои го губат правото на периодични контролни прегледи како што беше случај со членот 13 од 333/91.

## **2.2. АНАЛИЗА НА ПРОМЕНЕТЕ НА ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ПО НЕГОВОТО ДОНЕСУВАЊЕ**

### **2.2.1. Општи одредби**

Како што кажавме претходно, во членот 2 од 330 стои дека здравственото осигурување се установува како задолжително и доброволно. Овде ќе дадеме едно дополнување во врска со задолжителното здравствено осигурување. Имено, според изворната формулација на овој член задолжителното здравствено осигурување се установува за сите граѓани на Р.М. заради обезбедување на здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата под услови утврдени со овој закон и прописите донесени врз основа на овој закон. Многу брзо по усвојувањето на законот, во април 2000 година, Уставниот суд го укина овластувањето со подзаконски акти да се утврдуваат услови за остварување на

здравствени услуги во задолжителното здравствено осигурување (У. бр. 173/2000-0-0 од 4.4.2000).

Претходно нагласивме дека важен член од ЗЗО е и членот 5 во кој се утврдени категориите на осигуреници. Овој член е променет неверојатни 9 пати во периодот од 2009 до 2014 година (во два наврати во 2009, по еднаш во 2010, 2011 и 2012 година, во два наврати во 2013 година и уште во два наврати во 2014 година). Покрај тоа, еднаш (во 2011 година) Уставниот суд укина одредби од овој член.

Серијата промени на овој член започна во јануари 2009 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/јан.09). Тогаш дојде до промени кај категориите осигуреници утврдени со точките 5, 7 и 12 од ЗЗО (2000). Така лицата кои се занимаваат со земјоделство, сточарство, живинарство, пчеларство или риболов како единствено или главно занимање (точка 5), во 2009 година практично се заменети со категориите самовработено лице и индивидуален земјоделец. Следната промена се однесува на невработените лица (точка 7). Во 2000 година беше пропишано дека задолжително се осигуруваат лицата привремено невработени додека примаат паричен надоместок и невработените лица кои се пријавуваат во Заводот за вработување, ако немаат друга основа на осигурување. Следејќи ги соодветните одредби на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување од ноември 2008 година (чл. 10), во јануари 2009 година оваа точка е поделена на две нови точки (6 и 7) при што не дојде до фактичко намалување на правата на невработените лица, но беше воведено законско разликување помеѓу две категории невработени лица: оние кои активно бараат работа и се пријавуваат во Агенцијата за вработување наспроти оние кои писмено изјавуваат дека се пријавуваат во Агенцијата за вработување само заради остварување на права од задолжително здравствено осигурување. Мотивацијата за ваквото законско разликување беше утврдувањето на „вистинската“ бројка на невработени лица кои се пријавуваат во Агенцијата за вработување. Сепак, многу брзо, веќе во мај истата година, оваа проблематична категорија невработени лица е изземена и од ЗЗО (чл. 1, ЗИДЗЗО/мај.09) и од ЗПЗСО, а категориите осигуреници се

проширени со една важна резидуална категорија на државјани на РМ кои не се задолжително осигурани по ниту една од категориите осигуреници што се експлицитно наведени. Оваа резидуална категорија осигуреници е доста важна, зашто им овозможува на граѓаните, под услов да не можат да ги исполнат критериумите да бидат осигуреници врз основа на својата „матична“ категорија на припаѓање (најчесто поради зголемената рестриktivност на законите), сепак да имаат одредена можност да бидат здравствено осигурани. Што се однесува на третата промена кај категориите осигуреници до која дојде во јануари 2009 година, избришана е точката 12, која им гарантираше задолжително осигурување на членовите на семејството на осигуреник кој се наоѓа на задолжителна воена служба во Армијата на Р.М. за времето додека примаат материјално обезбедување, според посебни прописи, што е изземање на цела категорија на лица осигуреници и аналогно на тоа и намалување на правата на пациентите.

До трета промена на членот 5 дојде во април 2010 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/апр.10). Со неа припадниците на монаштвата и сестринствата се изземени од категоријата на осигуреници. Оваа промена е големо изненадување пред сè поради јавно прокламираниот богољубив став на Владата предводена од ВМРО-ДМПНЕ. Многу брзо, веќе следната година, со одлука на Уставниот суд (У. бр. 114/2011 од 16.11.2011) е укинато ова изземање, односно вратено е правото припадниците на монаштвата и сестринствата да бидат осигуреници. На оваа одлука на Уставниот суд власта експресно реагираше и во 2012 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/12) повторно направи измена пропишувачки дека задолжително се осигуруваат (само) верските службени лица. Така, за разлика од изворниот текст на одредбата од 2000 година и од нејзиниот изменет текст во 2009 и 2010 година, сега припадниците на монашките и други верски редови не се експлицитно спомнати како категорија осигуреници. Од тука можеме да заклучиме дека со оваа измена од 2012 година власта го цементира својот став дека ќе ги изземи од здравствено осигурување припадниците на монашките и други верски редови, а во нашиов случај тоа значи намалување на правата на тие осигуреници.

Четвртата промена на членот 5 е направена во 2011 година (чл. 1, ЗИД330/11). До неа дојде во склоп на измените во овој закон и во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување со кои се укина правото на сини картони кое претходно го имаше секое невработено лице. Во склоп на овие измени право на сини картони без доплата беше дадено само на она невработено лице чие семејство нема приходи повисоки од 11.000 денари месечно (чл. 2, ЗИД на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, април 2011). Во 330 оваа измена беше извршена на таков начин што невработените лица кои активно бараат работа и кои се пријавува во Агенцијата за вработување, доколку немаат друга основа на осигурување – беа изземени како категорија на осигуреници. На овој начин, сите невработени лица, освен оние кои примаат паричен надоместок во случај на невработеност, се подведени под резидуалната категорија на државјани на Република Македонија кои не се задолжително осигурани по некоја од основите наведени во членот 5.<sup>17</sup>

Петтата промена на членот 5 е изгласана во 2012 година (чл. 1, ЗИД330/12). Покрај веќе спомнатото изземање на припадниците на монашките и други верски редови како посебна категорија осигуреници, тогаш е променета и точката 10 од овој член при што право на задолжително здравствено осигурување добиваат и лицата со статус на признаен бегалец, лицата под супсидијарна заштита, лицата – жртви на семејно насилство за кое се превзема мерка на заштита согласно со Законот за семејството, како и лицата опфатени со организирано самостојно живеење со поддршка.

Следните промени на членот 5 настанаа во 2013. Со првата промена, од јануари 2013 година (чл. 1, ЗИД330/јан.13), наместо осигуреници да бидат сите индивидуални земјоделци, пропишано е тоа да бидат само оние индивидуални земјоделци (т.е. по ново, носители на семејно земјоделско стопанство) чие семејно земјодел-

---

<sup>17</sup> Движењето за социјална правда „Ленка“ во 2011 година ја оспори оваа измена на 330 пред Уставниот суд, но Уставниот суд ја отфрли оваа иницијатива (У. бр. 154/2011-0-0 од 05.10.2011 година).



ско стопанство е од втора и трета категорија, согласно со Законот за земјоделство и рурален развој.<sup>18</sup> На овој начин се изземени од категоријата осигуреници оние индивидуални земјоделци чие семејно земјоделско стопанство остварува годишен нето приход од вршење на земјоделска дејност до износот на годишниот нето износ на минималната плата (прва категорија) и над 2.000.000 денари (четврта категорија). Со втората промена, од декември 2013 година (чл. 1, ЗИД330/дек.13) доаѓа до подобрување односно проширување на правата на пациентите преку задолжително осигурување на извршни членови на одбор на директори во трговско друштво, членови на управен одбор во трговско друштво, односно управители во трговско друштво, доколку не се осигурени по ниеден друг основ. Оваа промена е едно позитивно проширување на правата на осигурениците преку додавањето на новите категории на осигуреници.

И во 2014 година во два наврати дојде до промени на членот 5. Така, во јули 2014 година (чл. 1, ЗИД330/29.јули.14) воведена е нова категорија на задолжително здравствено осигурани лица кои немаат постојан работен однос, т.е. лица кои остваруваат приходи од извршување на физичка и/или интелектуална работа врз основа на договор на дело или авторски договор доколку паричниот надоместок кој би го добиле за извршената работа во нето износ ја надминува границата од минималната плата утврдена со закон. Ова законско решение е дел од измените во неколку закони со кои на лицата кои остваруваат приходи по основа на хонорар им се воведува обврска на плаќање придонеси од задолжително социјално осигурување. Тоа е лошо од неколку аспекти. Прво, не може да се изедначуваат лицата кои се во постојан работен однос со лицата кои остваруваат приход од извршување на физичка или интелектуална работа на договор на дело бидејќи истите имаат различни права. Лицата кои се постојано вработени (со договор за вработување) имаат голем број придобивки кои ги немаат лицата

---

<sup>18</sup> Со измените на Законот за земјоделство и рурален развој (2010) од јануари 2013 година (чл. 4) се воведоа четири категории земјоделски стопанства, според нивото на остварени приходи.

кои работат некаква работа врз основа на договор на дело или авторски договор. Во делот за здравственото осигурување лицата кои се вработени имаат право на надоместоци на плата доколку се исполнети условите (чл. 12-24 од ЗЗО со соодветните промени), додека лицата кои работат на договор на дело или авторски договор не ги уживаат тие права. Втор проблем што се појавува со ова законско решение е пресметувањето на придонесите за здравствено осигурување поради карактерот на работата на лицата кои работат со договор на дело или авторски договор. Овие лица можат да работат дневно со паузи, да имаат работа во тек на неколку седмици или месеци или да работат повеќе месеци непрекинато (три, четири или пет), а потоа остатокот од годината да немаат работен ангажман. Од горенаброените примери се поставува прашањето дали здравственото осигурување ќе се однесува само за оние месеци за кои што е платен придонесот<sup>19</sup> или за оние денови за кои што е платен придонесот?! Трет проблем кој се појавува со ова законско решение, а воедно и прашање е по кој основ овие граѓани ќе имаат здравствено осигурување додека немаат работен ангажман со оглед на тоа што правото на здравствена заштита им е уставно загарантирано и дали истото право ќе го изгубат доколку редовно не уплаќаат за здравствено осигурување?! Следно прашање кое се поставува со носењето на ова законско решение е дали лицата кои веќе имаат постојан работен однос ќе треба повторно да платат здравствено осигурување доколку повремено примаат хонорари односно имаат склучено договор на дело или авторски договор за вршење на некоја работа и дали би добиле подобра здравствена услуга бидејќи ќе платат два или повеќе пати здравствено осигурување?! За овие прашања до моментот на финализирање на студијата нема официјален одговор од надлежните институции (преку можноста за добивање на информации од јавен карактер) и заклучокот е дека единствена причина поради која е воведено ова законско решение е да се наполни Фондот за здравствено

---

<sup>19</sup> Во членот 39 од Уставот на Р.М. експлицитно стои дека на сите граѓани на Републиката им е гарантирано правото на здравствена заштита.

осигурување, а не да се подобри обезбедувањето здравствена заштита на лицата кои се принудени хонорарно да работат.

Последната промена на членот 5 во периодот 2009-2014 и втората за 2014 година (чл. 1, ЗИД330/дек.14) се однесува на државјаните на РМ кои примаат пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојуваат во Македонија. За нив се устројени критериумите за да бидат задолжително осигурани. Имено, оваа законска можност ќе важи за нив само во случај ако се работи за држава со која Р. Македонија нема склучено/превземено договор за социјално осигурување или ако има склучено/превземено таков договор, но во него не е регулирана можноста за остварување на право на здравствено осигурување. Ако, пак, Р. Македонија и одредена странска држава имаат склучено/превземено договор за социјално осигурување во кој е регулирана можноста за остварување на право на здравствено осигурување, тогаш, во случај овие државјани на РМ да имаат и живеалиште на територијата на Републиката, ќе можат да пристапат кон задолжителното здравствено осигурување врз основа на одредбите од меѓународниот договор.

## **2.2.2. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ**

Членот 8 е носечки член во овој поднаслов. Во него можеме да видиме дека со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги во случај на болест и повреда надвор од работа и повреда на работа и професионално заболување. Понатаму во членот 9 се запишани конкретните здравствени услуги во примарната здравствена заштита, во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита како и обдукцијата на починати лица по барање на здравствени установи. Така во примарната здравствена заштита на осигурениците им следуваат следниве права и услуги:

1. здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;
2. преземање на стручно медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето;
3. укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно;
4. лекување во ординација, односно во домот на корисникот;
5. здравствена заштита во врска со бременост и породување;
6. спроведување на превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки;
7. превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите;
8. лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност;  
Во специјалистичко-консултативната здравствена заштита на пациентите им следуваат:
  1. испитувања и утврдувања на заболувањата, повредите и здравствената состојба;
  2. спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки;
  3. протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства според индикации утврдени со општ акт на Фондот на кој министерот за здравство дава согласност.  
Во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита на пациентите им следуваат:
    1. испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
    2. лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарските и друг материјал потребен за лекување;

3. сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена.

Кај овој член дојде до седум промени, вклучувајќи ги и промените кои настанаа поради одлуки на Уставниот суд.

До првата промена дојде по одлука на Уставниот суд во 2001 година. Претходно, со донесувањето на ЗЗО, Фондот за здравствено осигурување беше овластен со општ акт поблиску да ги определува основните здравствени услуги кои се наведени во овој член, начинот на остварувањето на правата на здравствени услуги, како и стандардите и нормативите за спроведување на здравствената заштита. Но, веќе во 2001 година со одлука на Уставниот суд (У. бр. 37/2001 од 6.6.2001) беше укинато овластувањето на Фондот со општ акт поблиску да ги определува основните здравствени услуги и стандардите и нормативите за спроведување на здравствената заштита.

Првата промена на овој член преку измени и дополнувања на ЗЗО настана во 2005 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/05). Тогаш се додадени две нови одредби во овој член. Според нив, Фондот им ги обезбедува основните здравствени услуги на осигурениците во здравствените установи со кои склучил договор, додека во здравствените установи со кои Фондот нема склучено договор, трошоците за основните здравствени услуги ги плаќа осигуреникот. Со усвојувањето на оваа промена се гледа дека Собранието не ја почитува одлуката на Уставниот суд која беше донесена претходно каде се укажува дека Фондот си ги надминува законските овластувања т.е. со носењето на закон или колективен договор да може да ги определува обемот на правата од сферата на основните здравствени услуги. Со додавање то на овие два става осигурениците повторно можат да ги користат основните здравствени услуги кои ги определил Фондот, но само ако Фондот имал склучено договор со здравствената установа која ја врши услугата, а во секој друг случај пациентот ќе мора сам да си ги покрие трошоците. Ова е уште едно намалување на правата на пациентите. Сепак, во 2007 година Уставниот суд повторно ги

укина измените на одредбите од 2005 година (У. бр. 45/2006 од 11.7.2007) со што повторно застанува на страна на осигурениците.

Во следните промени кои се случуваат во 2007, 2008 и 2011, единствени промени кои се за нотирање се во 2007 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/март.07) каде Фондот за здравствено осигурување почнува да фигурира како купувач на здравствени услуги и промената во 2008 (чл. 1, ЗИДЗЗО/јули.08) каде основните здравствени услуги, Фондот ги обезбедува на осигурените лица во здравствените установи во висина на цени утврдени со ценовникот на здравствени услуги во Република Македонија кој го донесува Управниот одбор на Фондот. Ова е уште едно непочитување на Уставниот суд кој нотираше дека Фондот, а уште помалку Управниот одбор на Фондот не можат да регулираат и контролираат основни здравствени услуги кои се загарантирани со Уставот. Уставниот суд два пати ги спореше овие неуставни законски решенија, за на крај сепак да се вметнат замислените законски решенија. Следна промена на членот 9 се случува во 2011 година (чл. 2, ЗИДЗЗО/апр.11) каде доаѓа до намалување на правата на пациентите преку додавање на рестриктивен услов во остварувањето право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства. Условот за нивно добивање е здравственото осигурување да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување. Претходно видовме дека протезите, ортопедските и други помагала, помошни и санитетски справи и заботехнички средства фигурираат како права од основната здравствена заштита во членот 9 од ЗЗО и дека не постоеше рестриктивен услов осигурувањето да траело непрекинато 6 месеци за нивно користење, па затоа и заклучокот дека станува збор за намалување на правата на осигурениците. Единствена позитивна работа е тоа дека во случајот се изземени случаите на повреда на работа како и професионално заболување. Истата година дополнително по членот 9 се додава и нов член 9-а (чл. 3, ЗИДЗЗО/апр.11) во кој стои дека листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот ја утврдува комисија формирана од Владата

на Р.М. Оваа комисија е составена од 13 члена, меѓу кои по двајца претставници од Министерството за здравство, Министерството за финансии и Фондот како и еден клинички фармаколог. Веќе следната година (чл. 3, ЗИД330/12) оваа 13-члена комисија се заменува со 14 стручни комисии кои се формирани од Владата, согласно со меѓународната АТЦ класификација на лекови. Секоја комисија е составена од 17 членови и тоа:

- четиринаесет доктори – специјалисти во врска со областа за којашто е формирана комисијата;
- еден претставник предложен од министерот за здравство;
- еден претставник од Фондот;
- еден клинички фармаколог или фармацевт кои имаат минимум 3 години работно искуство

Со оваа промена се очекува непристрасно одлучување за тоа кој лек да се прифати на позитивна листа, но сепак останува забелешката што здруженијата на пациенти се исклучени од процесот на одлучување. Во оваа ситуација доаѓа дека сите одлучуваат какви лекови да одат на позитивната листа на Фондот, освен пациентите корисници кои нормално плаќаат здравствено осигурување.

Следен член кој што е од огромен интерес за правата на пациентите е членот 10. Истиот член е променет пет пати и два пати се оспорени негови одредби пред Уставен суд. Во него се наброени здравствените услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување и тие се:

1. естетски операции кои не се медицински индицирани;
2. користење на повисок стандард на здравствени услуги во болничката здравствена заштита над утврдените стандарди;
3. бањско климатско лекување;
4. медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општ акт утврдено од министерот за здравство, освен за деца до 18-годишна возраст;
5. лекови кои не се опфатени со листите на лекови од член 9 на овој закон;
6. протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства кои не се оп-

- фатени со задолжителното здравствено осигурување или се изработени од надстандарден материјал;
7. општа нега, сместување и исхрана во геронтолошка установа;
  8. специјалистичко - консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар;
  9. прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано;
  10. лекување како последица на непридржување на упатствата од лекарот;
  11. издавање на сите видови лекарски уверенија;
  12. набавка на нови протетски и ортопедски справи и други помагала пред утврдениот рок;
  13. отрезнување и лекување од акутна алкохолизирана состојба, како и за намерни труења, кои не се предизвикани од душевни растројства;
  14. лекување во странство, ако лекувањето е извршено без одобрение од Фондот, за дел од трошоците кои се повисоки од трошоците на соодветните услуги од основните здравствени услуги во земјата;
  15. лекување кое е последица на кривично дело или прекршок што го сторил самиот осигуреник;
  16. прегледи, испитувања и упатувања до надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиското и инвалидското осигурување, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или друг орган;
  17. незадолжително вакцинирање;
  18. лекување, односно рехабилитација од болести на зависност над 30 дена;
  19. прегледи на умрени и обдукција по барање на надлежни органи или граѓани;
  20. здравствени прегледи на вработените кои се упатуваат на работа во странство од страна на работодавците, како и прегледите и превентивните мерки на здравствена заштита за патување во странство;
  21. лекување од последици на третман од надрилекари или употреба на надрилекарства;



22. други здравствени услуги кои според овој закон не паѓаат на товар на средствата на Фондот.

Првата измена на овој член е донесена во 2005 година (чл. 2, ЗИД330/05). Тогаш е додадена нова точка 10-а, со која им се скратува правото на осигурениците за вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување. Ова додавање на точката 10-а е чудно бидејќи Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување е донесен подоцна во 2008 година<sup>20</sup>. Следната промена се однесува на точката 14 во која се додава уште еден рестриктивен услов за пациентите да можат да го искористат своето право за лекување во странство. Така со промената пациентите ќе можат да се лекуваат во странство, но само ако се работи за заболување кое не може да се лекува во земјата, ако лекувањето е извршено со одобрение од Фондот и само за дел од трошоците кои се повисоки од трошоците на соодветните услуги од основните здравствени услуги во земјата. Со оваа промена лекувањето во странство станува уште понедостапно од претходно за многу пациенти кои притиснати од условите кои владеат во здравството се принудени да бараат помош во друга држава.

Следна промена на членот 10 настана во 2006 година кога со одлука на Уставниот суд (У. бр. 60/2006 од 3.10.2006) беше укината точката 15 која предвидуваше Фондот да не ги покрие трошоците за лекување кое е последица на кривично дело или прекршок што го сторил самиот осигуреник. Ова е позитивно подобрување на правата на осигурениците.

Следна промена вредна за нотирање е додавањето на нова точка 7-а во членот 10 во 2008 година (чл. 2, ЗИД330/јули.08) со што уште еднаш доаѓа до кратење на правата на пациентите поради непокривањето на здравствените услуги извршени во примарна здравствена заштита кај лекар кој не му е избран лекар на осигуреното лице. Оваа промена има за цел да ја оправда реформата

---

<sup>20</sup> Иако во основните здравствени услуги не фигурира вештачкото оплодување како засебна целина, сепак во членот 9 точка 5 стои: "здравствена заштита во врска со бременост и породување".

“еден пациент-еден лекар” т.е. реформата за матичните лекари каде еден пациент може да има само еден матичен лекар од примарната здравствена заштита без разлика дали се работи за општа амбуланта или за стоматолошка амбуланта. Оваа точка не би била воведена доколку сите лекари би земале иста капитација,<sup>21</sup> а со тоа месечната сума која би се слевала во ординацијата од примарна здравствена заштита не би била врзана за бројот на пациенти кои се лекуваат кај некој лекар. Од една страна претходно видовме дека преку закон не смее да се ограничи уставно гарантираното право на пациентот да добие здравствена заштита, а сега такви промени веќе не се нотираат како противуставни. Овој проблем е повторно генериран со истиот пакет на промени и во точката 8 од членот 10 каде се намалува правото на пациентите за користење на услуги од специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар или извршени здравствени услуги во здравствени установи каде што Фондот не обезбедил вршење на здравствени услуги на негов товар. Иако е неправедно од гледна точка на пациентот истиот секој месец да уплаќа надоместок во Фондот за здравствено осигурување од една страна, од друга страна јавните здравствени установи да тонат и да ги намалуваат своите услуги квалитативно или квантитативно и од трета страна да се отвораат нови приватни болници и ординации каде цените за добивање на здравствена услуга се превисоки, сепак истата тенденција веројатно ќе продолжи и во иднина, зашто секогаш кога се помислува на здравствената реформа, на прво место е намалувањето на трошоците, додека социјалниот карактер на реформата оди во втор план. Тоа како појава мора да биде предмет на дискусија и ревизија во иднина. За среќа, Уставниот суд во 2010 година ја укина оваа измена на точката 8 од членот 10 (У. бр.109/2009 и У. бр.185/2009 од 27.1.2010) со образложение дека Уставниот суд веќе еднаш расправал и оценил дека остварување на основниот пакет на здравствени услуги кои паѓаат на товар на

---

<sup>21</sup> Месечна исплата на парични средства од Фондот за здравствено осигурување кон лекарот носител на здравствената ординација од примарната здравствена заштита.

Фондот, осигуреникот може да ги остварува во секоја здравствена установа без оглед на фактот дали Фондот има склучено договор или не (У. бр. 45/2006 од 11.7.2007).

Следна промена на членот 10 се случува во 2011 година (чл. 4, ЗИДЗЗО/апр.11) при што се донесени козметички измени, но е додадена и нова точка 3-а. Сите промени кои се јавуваат со носењето на ЗИДЗЗО/11 се доказ за непочитувањето на институцијата Уставен суд. Уставниот суд два пати оспорува делови од членот 10 каде се лимитира правото на пациентите за пристап до основна здравствена заштита, додека Собранието на Р.М. два пати гласа измени кои се на штета на граѓаните. Изгласувањето на новата точка 3-а претставува уште едно намалување на правата на пациентите преку додавањето на магнетна и ласерска терапија при користење на физикална терапија во здравствените услуги кои не можат да се користат во пакетот на основно здравствено осигурување.

Последната промена на членот 10 е донесена во 2012 година (чл. 4, ЗИДЗЗО/12). Со овие промени повторно доаѓа до намалување на правата на пациентите. Со првата промена со задолжително здравствено осигурување не се опфатени здравствените услуги извршени во здравствени установи кои се надвор од мрежата на здравствени установи, во која се врши здравствената дејност како и специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар освен правата кои произлегуваат од областа на работните односи. Од правата од областа на работните односи на пациентите им следуваа годишни контролни прегледи (чл. 11, ЗЗО), но промената на членот 10 остава простор работодавачите да ги праќаат работниците во медицински установи кои се надвор од мрежата на здравствени установи со кои Фондот има склучено договор<sup>22</sup>. Со тоа работодавачите не мора да ги плаќаат контролните прегледи на работниците, а работниците губат едно загарантирано право на годишни контролни прегледи чии трошоци

---

<sup>22</sup> Министерство за здравство, „Овластени установи кои можат да вршат превентивни прегледи кај работниците“, <http://zdravstvo.gov.mk/ustanovi-medicina-na-trudot/>

треба да ги сноси работодавачот. Втората измена на членот 10 до која дојде во 2012 година се однесува на непокривањето на трошоците од страна на Фондот кај здравствени услуги користени спротивно на утврдениот временски редослед во Листата на чекање утврдена од страна на здравствената установа и здравствени услуги извршени како дополнителна дејност на здравствените работници. Оваа измена отвора прашања бидејќи, како што беше нотирано претходно, пациентот што задоцнил на претходно закажаниот термин ќе биде примен од страна на лекарот по завршувањето на сите останати закажани прегледи, а од друга страна не е нотирано дали лекарска интервенција која се дава по завршувањето на сите закажани прегледи се наплаќа и не подлежи под основното здравствено осигурување.

Следен член од интерес е членот 11. Овој член е аналог на членот 33 од 333/91 кој што е опишан претходно во анализата на Законот за здравствена заштита и истиот е светла точка во законодавството и во државата каде константно се намалуваат правата на работниците кои во нашиот случај имаат улога на пациенти.

Овој член нема доживеано промена и со 330 на пациентите им следуваат следниве права:

1. прегледи заради утврдување на здравствената состојба и работната способност на работниците за вршење на одредени работи и работни задачи;
2. систематски, контролни и периодични прегледи на работниците со оглед на полот, возраста и условите за работа, појавата на професионални болести, повреди на работа и хроничните болести;
3. претходни и периодични прегледи на работниците кои работат на работи, односно работни задачи под посебни услови на работа.
4. прегледи на работниците кои задолжително се вршат заради заштита на средината, заштита на потрошувачите, односно корисниците на други задолжителни здравствени прегледи;

5. преземање на мерки за откривање и отстранување на причините кои можат штетно да влијаат на здравјето на работниците во вршењето на работите, односно работните задачи;
6. оценување на влијанието на условите за работа врз вршењето на одделни работи, односно работни задачи (прашината, бучавата, осветлувањето, зголемената радиоактивност, вибрациите, испарувањето на хемиските материи и слично) заради заштита од професионални болести;
7. следење и унапредување на хигиенските услови за работа, како е условите за исхрана на работниците;
8. проучување и преземање мерки заради намалување на привремената спреченост за работа, односно инвалидноста;
9. други превентивни мерки за заштита на работниците.

Во членот 11 исто така е нотирано дека од средствата на Фондот не се покриваат превентивните здравствени услуги на професионалните спортисти кои се обезбедуваат со посебен закон.

### **2.2.3. ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ**

Главата “Права на парични надоместоци” содржи 14 членови од членот 12 до членот 24 и сите освен членот 21 имаат доживеано по неколку промени. Овде ќе се осврнеме на промените на членовите 12 и 15.

Во членот 12 во ЗЗО стои дека во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци и тоа:

1. Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство.
2. Право на надоместок на патните трошоци.

Овој член е променет два пати, во 2008 и во 2010 година. И во двата наврати, промените се однесуваат на посебниот паричен надоместок за живородено дете, кој беше воведен во 2008 година

(чл. 1 и 2, ЗИД330/авг.08), а беше укинат во 2010 година (чл. 2 и 7, ЗИД330/апр.10), откако во 2009 година, со одлука на Уставниот суд (У. бр. 199/2008 од 18.3.2009), беа укинати суштинските одредби на измената на 330 од 2008 година со која се воведе овој паричен надомест.

При воведувањето на посебниот паричен надоместок за живородено дете во 2008 година, со новиот член 24-а, се предвидуваше мајката да добива посебен паричен надоместок за живородено дете во општините во кои порастот на природниот прираст е под 2.1 живородено дете по жена, а според податоците на Државниот завод за статистика објавени за претходната година. Паричниот надоместок беше предвидено да го остварува мајката на живороденото дете и да се исплатува за период од девет месеца непрекинато, а доколку роди повеќе деца одеднаш (близнаци), тројки или повеќе – една година. Паричниот надоместок беше предвидено да не се исплатува во случаите кога мајката на живороденото дете има право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, согласно со овој закон или тоа право го користи таткото, согласно со прописите за работните односи.

Воведувањето на овој паричен надомест имаше за цел да го стимулира наталитетот во средини со низок наталитет. Првиот проблем со оваа нова мерка е што наталитетот не е нужно врзан со миграциските движења. Тоа значи дека никој не гарантира дека семејството кое ќе има принова во средина со низок наталитет и кое ќе го оствари правото на паричниот додаток, ќе продолжи да живее во тоа населено место. Вториот проблем е што со оваа мерка отворено се врши дискриминација кон останатото население во државата. Во тој поглед Уставот и законите се експлицитни и забрануваат секаков вид на дискриминација по било кој основ. Третиот проблем со овој закон е што истиот оди во прилог на идеологијата која ја застапува најголемата конзервативна партија во Македонија како и братските сателитски партии за „една нација – една држава“. Ако ги погледнеме населените места каде природниот прираст е под 2.1 живородено дете по жена, ќе видиме дека

се работи за етнички македонски средини. Со ова уште еднаш се потврдува тезата дека наместо Владата да работи на подобрување на животниот стандард и благосостојба на граѓаните тие суптилно ги провоцираат останатите етнички заедници кои живеат во Македонија и ги третираат како граѓани од втор ред.

Како што истакнавме претходно, суштинските одредби на оваа измена беа укинати од Уставниот суд во 2009 година поради постоењето на дискриминаторски однос кон останатите граѓани на Р.М. каде природниот прираст е различен од 2.1 живородено дете по жена. Имајќи ја предвид оваа одлука на Уставниот суд, Собранието во 2010 година ги укина одредбите од 2008 година со кои се вовеле посебниот паричен надоместок за живородено дете.

Следен член од интерес е членот 15, кој ги содржи условите за остварување на правото на надоместок на плата. Така според 330 за исполнување на правото на пациентот мора да бидат исполнети следниве услови:

1. Придонесот за задолжително здравствено осигурување редовно да го уплатува или со задоцнување од најмногу 60 дена.
2. Оцената за привремената спреченост за работа да ја дал избраниот лекар, односно лекарската комисија.

Со носењето на првата промена во 2005 година (чл. 3, ЗИД330/05) се додава уште еден рестриктивен услов за остварување на правото: здравственото осигурување да траело најмалку шест месеци пред настапување на случајот, освен при повреда на работа и професионално заболување.

Следната промена од 2010 година не носи промена во правата на пациентите (чл. 3, ЗИД330/апр.10), а важна за нотирање е промената од 2013 година (чл. 2, ЗИД330/дек.13) со која се воведува нов исклучок од условот осигурениците да можат да го остварат своето право на надоместок на плата ако здравственото осигурување траело најмалку шест месеци непрекинато пред настапување на случајот. Овој исклучок се однесува на лицата кои се во работен однос, кои се самовработени лица или се вработени во странски организации во Македонија чиј работен однос им мирува поради упатување на нивниот брачен другар на работа во странство (во

рамките на меѓународно-техничка соработка, просветно-културна и научна соработка, во дипломатски и конзуларни претставништва, на стручно усовршување или образование со согласност и за потребите на работодавачот). Тие осигуреници можат да остварат право на надоместок на плата ако во рок од 30 дена од денот на престанување на работата на нивниот брачен другар во странство се вратат на работа кај работодавачот кај кој му мирува работниот однос. Со истата измена и дополнување на ЗЗО дојде и до позитивната измена според која осигуреникот на кој му мирува работниот однос поради користење неплатено родителско отсуство, придонесот за здравствено осигурување се плаќа преку програмата на Министерството за здравство и за периодот во кој му мирува работниот однос заради неплатено родителско отсуство, се смета дека нема прекин во здравственото осигурување.

Со претпоследната промена на членот 15 во 2014 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/5.март.14) се донесени следниве позитивни промени. Прво, за осигурениците на кои им мирува работниот однос поради користење неплатено родителско отсуство е пропишано дека немаат обврска да поднесуваат изјава за остварените приходи во претходната година согласно со прописите за придонесите од задолжителното социјално осигурување и дека за нив Министерството за здравство ќе пресметува и уплатува придонес за задолжително здравствено осигурување на основица за пресметка и плаќање на придонеси во висина од 50% од просечно исплатената месечна плата по работник објавена во јануари во тековната година според податоците на Државниот завод за статистика. Второ, со оваа измена на ЗЗО е предвидено осигурениците до 29-годишна возраст, за кои со Законот за вработување и осигурување во случај на невработеност е предвидено ослободување од плаќање на придонесите од задолжителното социјално осигурување, да остваруваат надоместок на плата без уплата на придонесот за задолжително осигурување за периодот за кој се ослободени од плаќање на придонесите од задолжителното социјално осигурување.

Веќе типичната правна неконзистентност на власта уште еднаш се покажа на дело во декември 2014 година, кога беа укинати



одредбите што се однесуваа на осигурениците на кои им мирува работниот однос поради користење неплатено родителско отсуство, а кои беа воведени во ЗЗО само пред неколку месеци, во март 2014 година (чл. 2, ЗИДЗЗО/дек.14).

### **2.2.3.1. ОЦЕНА ЗА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА**

Следен член од интерес е членот 20. Во ЗЗО стои дека оцена за привремената спреченост за работа за првите 15 дена дава избраниот лекар од примарната здравствена заштита, а над 16 дена дава првостепената лекарска комисија на Фондот по предлог на избраниот лекар. Доколку осигуреникот не е задоволен од оцената на лекарот односно лекарската комисија, може да поднесе приговор до првостепената, односно до второстепената лекарска комисија.

Овој член е променет четирипати до 2014 година. Со првата промена, донесена во 2005 година (чл. 8, ЗИДЗЗО/05), се намалува бројот на денови за спреченост на работа за кои треба да одлучува избраниот лекар од примарната здравствена заштита од 15 на 7 денови. Оваа промена значи дека од една страна се намалува моќта на одлучување на матичните лекари и пренасочување на истата кон првостепената лекарска комисија што од гледна страна на Фондот би требало да ги намали злоупотребите, но од друга страна се создава проблем за пациентот кој мора често да се јавува на прегледи затоа што во спротивно нема да ги добие правата кои му се загарантирани. Дополнително со истиот пакет на промени се додаваат и две нови одредби. Со нив е пропишано дека избраниот лекар од примарната здравствена заштита и лекарските комисији ја утврдуваат должината на траењето на спреченоста за работа во зависност од видот на болеста, повредата или потребата за нега на болен член од потесното семејство, што е девалвирање на работата на лекарите, односно како тие претходно да не одлучувале за бројот на денови кои ќе му ги дадат на осигуреникот во зависност од болеста, а од друга страна навестува навидум наивно додавање на правилници по кои ќе мора да одлучуваат лекарите и

се запишани во вториот став во кој стои дека начинот, постапките и поблиските критериуми во зависност од видот на болеста, повредата или потребата за неа на болен член од потесното семејство и за времетраењето на спреченоста за работа ги утврдува Фондот со општ акт на кој министерот за здравство дава согласност.

За среќа, по само шест месеци, со наредната промена од 2006 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/06), бројот на денови за спреченост на работа за кои треба да одлучува избраниот лекар од примарната здравствена заштита се враќа во првобитната состојба т.е. оцена за привремена спреченост за работа во првите 15 денови дава избраниот лекар, а после 16 денови да дава првостепената комисија. Ова за многу пациенти посебно за оние со посериозно нарушување на здравјето би значело ослободување од бирократизацијата т.е. повторно јавување на проверка кај комисија со цел оценување на здравствената кондиција.

Следната промена на истиот член е донесена во 2009 година (чл. 7, ЗИДЗЗО/јан.09) со што уште еднаш се засилува контролата од страна на Фондот врз осигурениците и врз работата на лекарските комисиии со додавање на дијагностички минимум и дополнителни прегледи како рестриктивни елементи во остварувањето на правото за боледување. Тука мора да се нотира дека дијагностички минимум како термин означува збир на најкарактеристичните медицински испитувања со кои би се докажала или отфрлила некоја медицинска состојба т.е. болест. Оваа промена значи повторно отежнување на постапката на добивање на оцена за привремена спреченост за работа.

Последната промена на овој член се носи на 2012 година (чл. 6, ЗИДЗЗО/12). Во неа стои дека министерот за здравство формира комисија за контрола на работата на избраните лекари од првостепената и второстепената комисија што е уште едно засилување на контролата врз лекарите и во формирањето на нивната одлука. Тоа што е спорно е додавањето на ставот 7 во кој стои дека работодавачот може да формира медицинска комисија која е овластена да изврши преиспитување на оцената за привремена спреченост за работа со медицински преглед на осигуреникот и проверка на

документација за периодот кога надоместокот на плата ги исплатува работодавачот. Трошоците кои ќе настанат околу формирањето, работата и потребниот дополнителен медицински преглед паѓаат на товар на работодавачот. Со додавање на овој став доаѓа дека освен што работодавецот не ѝ верува на здравствената комисија, туку и дека самиот Фонд за здравство, но и Министерството за здравство како извршители на законот не им веруваат на здравствените комисији. Факт е дека определени медицински испитувања можат да се оспорат на различно ниво. Така, на пример, една рентген снимка како медицински доказ може да се оспори на две нивоа – прво, при техничката постапка и, второ, при давањето на стручно мислење од доктор радиолог. Прашањето што произлегува е дали, доколку комисијата која е формирана од страна на работодавачот утврди дека наодот на докторот радиолог е директна последица на лошиот квалитет или техниката на снимање, ќе го препрати пациентот на дополнително снимање?! Дали логиката на Фондот оди дотаму да го изложи пациентот на дополнително зрачење само и само да се задоволи суетата на работодавачот кој не им верува на институциите или и Фондот, но и Министерството за здравство признаваат корупција и постоење на сервилност во здравството од невидени размери со овој потег? Иронијата на овој став е уште поголема кога ќе го видиме наредниот член 21 кој во 330 гласи дека работодавецот, односно Фондот, во зависност од тоа кој врши исплата на надоместокот на плата може да поднесе барање за преиспитување на оцената за привремената спреченост за работа до првостепена, односно второстепена лекарска комисија. Со ова се заокружува кругот на „пазарно здравство”, т.е. Фондот и работодавачите да можат да одлучуваат за состојба која е интимно поврзана само за едната страна, во случајов пациентите.

Следен член од интерес е членот 22 кој се однесува на упатувањето до инвалидска комисија поради подолга спреченост за работа. Во 330 во членот 22 стои дека во случај на подолго траење на привремената спреченост за работа до 12 месеци, лекарската комисија, избраниот лекар од примарната здравствена заштита и првостепената комисија на Фондот го упатуваат осигуреникот до

надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиско и инвалидско осигурување. Во овие случаи осигуреникот има право на надоместок на плата од средствата на Фондот до денот на утврдувањето на инвалидноста, но најмногу 60 дена од денот на упатувањето. Со единствената промена на овој член, од 2005 година (чл. 9, ЗИД330/05), се бриши делот кој предвидуваše осигуреникот да го прима надоместокот на плата до утврдувањето на инвалидноста. Со бришењето на делот “до денот на утврдување на инвалидноста”, јасно се лимитира правото на надоместок на плата на 60 денови, без разлика дали постапката за утврдување на инвалидноста ќе трае подолго и со тоа осигуреникот може да биде изложен на социјален ризик (невработен, инвалид и дополнително не прима надоместок на плата), додека изворниот текст на членот 22 даваше форма на притисок кон комисијата за утврдување на инвалидноста да го реши случајот во тој даден период од 60 дена односно до денот на утврдување на инвалидноста.

Следен член од важност е членот 23 од 330 кој, иако нема доживеано измена, е важен да се спомне, бидејќи се однесува на запирањето на исплатата на надоместокот. Така во него стои дека осигуреникот не може да оствари, односно ќе му се запре исплата на надоместокот на платата за време на привремената спреченост за работа ако:

1. неоправдано не се јави на определен лекарски или комисиски преглед и лекување или свесно не се придржува кон упатствата на лекарот;
2. во времето на привремена спреченост за работа се утврди дека работи и остварува приход;
3. на работодавецот кај кого нема други вработени, а во тој период остварува приходи.

## **2.2.4. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВОТО НА ОСИГУРЕНИК**

Во овој наслов носечки член е членот 27. Овој член е променет 4 пати, но ние ќе ги разгледаме само оние промени кои се однесу-

ваат на правата на пациентите. Така во членот 27 во ЗЗО стои дека правата од задолжителното здравствено осигурување, осигурените лица ги остваруваат врз основа на здравствена легитимација и доказ дека придонесот за задолжителното здравствено осигурување е платен. Со првата промена во 2002 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/02) се отвора можноста за користење на т.н. картички за здравствено осигурување. Со следната промена донесена во април 2010 година (чл. 8, ЗИДЗЗО/апр.10) на граѓаните кои зборуваат службен јазик различен од македонскиот јазик, на нивно лично барање, им се овозможува образецот да се печати и податоците во него да се запишуваат и на јазикот и писмото што го употребува граѓанинот. Дополнително со овие промени се додава и членот 27-а (чл. 9, ЗИДЗЗО/апр.10) кој се однесува на користењето на личните податоци на осигурениците, но истиот нема да биде предмет на разгледување бидејќи е донесен во согласност со Законот за личните податоци. Следна важна промена се случува по неколку месеци, во декември 2010 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/дек.10), каде се додава нов став кој се однесува на определувањето на цената на електронската картичка од пациентите. Така цената се определува врз основа на трошоците направени за:

- смарт (паметна) картичка
- персонализација на електронската картичка
- дигитален сертификат и инфраструктура за негово користење и управување
- систем на менаџирање на електронските картички со вклучени кориснички лиценци
- систем на администрирање
- одржување на системот за електронски здравствени картички
- хардверските (машински) делови за сите наведени компоненти

Во истиот пакет од наш интерес е и додавањето на членот 27-а (чл. 2, ЗИДЗЗО/дек.10) во кој стои дека трошоците за издавање на електронската картичка за здравствено осигурување се на товар на осигуреникот, освен трошоците за првото издавање на електронската картичка кои се на товар на Министерството за здравство до истекот на тригодишниот рок утврден со ЗИДЗЗО од април 2010

година (значи, до април 2013 година). Со додавањето на овој член можеме да видиме дека првото издавање на електронската картичка за осигуреникот е предвидено да биде бесплатно во периодот до 2013 година, додека за сите наредни издавања, осигуреникот е должен сам да ги покрие. Подоцна сите бевме сведоци дека за истата осигурениците мораа да одвојат по 250 денари според правилникот за цена, освен лицата корисници на парична помош и за социјалните случаи што е потврдено со последната промена донесена во 2012 година (чл. 8, ЗИД330/12) каде стои дека трошоците за издавање на електронската картичка за здравствено осигурување, трошоците за замена на загубена или оштетена електронска картичка за здравствено осигурување како и трошоците за повторно активирање на блокирана електронска здравствена картичка се на товар на осигуреникот, освен за лицата корисници на социјална и постојана парична помош и членовите на нивните семејства. Иако во оваа промена има мала доза на позитивна исхрана со тоа што барем социјално загрозените граѓани можеа да ги добијат електронските здравствени картички бесплатно, сепак со оваа промена можеме да заклучиме дека реформата која имаше за цел да ја подобри услугата, а воедно и да ги намали трошоците, само им создаде главоболки на многу осигуреници кои мораа да издвојат парични средства за да можат да го остварат правото на задолжително здравствено осигурување.

Следен член од интерес е членот 29 кој е променет два пати и тоа во 2011 и 2012 година. Членот 29 во 330 се однесува на правото на осигуреното лице да може да користи здравствени услуги во специјалистичко-консултативната и во болничката здравствена заштита, со упат од избраниот лекар. Со првата промена донесена во 2011 година (чл. 5, ЗИД330/апр.11) лекарот специјалист е задолжен за давање на “болничкиот упат” што не беше случај претходно кога истиот го даваше матичниот лекар. Од следните промени на овој член вредна за нотирање е промената од 2012 година (чл. 10, ЗИД330/12) според која лицето може да користи здравствени услуги без упат под услов кога упатувањето го врши избраниот лекар од дејноста на општата медицина за децата до 14-годишна возраст и избраниот

лекар од дејноста на гинекологијата. Овде можеме да забележиме одредено олеснување во пристапот на пациентите кон повисоката инстанца на лекување, бидејќи претходно педијатарот беше тој кој можеше да ги упати децата до 14-годишна возраст на повисока инстанца на лекување.

Следен член од интерес е членот 30 кој е аналог на членот 44 од 333/91 и кој се однесува на правото на пациентот да се лекува во странство. Во 330 во членот 30 стои дека осигуреното лице може да користи болничко лекување во странство со одобрение на Фондот, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во Републиката, а во земјата во која осигуреникот се упатува постои можност за успешно лекување на тоа заболување. Дополнително осигуреникот кој е упатен на привремена работа во странство може да користи здравствени услуги во странство во обем утврден со 330, а осигурените лица кои привремено престојуваат во странство можат да користат само итна медицинска помош. Со првата промена од 2008 година (чл. 4, ЗИД330/јули.08) воведен е рестриктивен услов, осигуреникот кој е на привремена работа во странство да може да се лекува во странство само ако Р.М. има склучено Договор за социјално осигурување со земјата каде што се наоѓа осигуреникот, при што мора да се извади двојазичен образец од Фондот за здравствено осигурување. Заклучно до денес, Фондот има склучено договор со 18 земји<sup>23</sup>.

<b>ЗЕМЈА</b>	<b>ОБРАСЦИ, ПОТВРДИ</b>
Австрија	МК/А и МК/А 3
Белгија	РМ/БЕ 101 и РМ/БЕ 128
Босна и Херцеговина	РМ/БиХ 1, РМ/БиХ 4 или РМ/БиХ 4А
Бугарија	РМ/РБ 101 и РМ/РБ 114
Германија	Д/РМ 101, Д/РМ 111 и Д/РМ 123
Италија	Ит-7

<sup>23</sup> Види табела, Фонд за здравствено осигурување, „Користење на здравствени услуги во странство“, <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=7C3D485B1FF1914CAF85E6ED1CD66808>

<b>ЗЕМЈА</b>	<b>ОБРАСЦИ, ПОТВРДИ</b>
Луксембург	РМ/Л 101 и РМ/Л 128
Полска	РМ/ПЛ 101 и РМ/ПЛ 111
Романија	Р/Уи-11
Словенија	РМ/СИ 1 и РМ/СИ 5
Србија	РМ/СРБ 101 и РМ/СРБ 128
Турција	РМ/ТР 1 или РМ/ТР 2 и РМ/ТР 4
Унгарија	Ј-М-3-1
Франција	SE-21-01 и SE-21-04 А
Холандија	РМ/НЛ 111
Хрватска	РМ/ХР 1 и РМ/ХР 4
Црна Гора	РМ/МНЕ 101 и РМ/МНЕ 128
Чешка	РМ/ЦЗ 103 и РМ/ЦЗ 111

Дополнително во истиот пакет на промени пропишано е дека осигуреникот кој е упатен на привремена работа во странство во земји со кои Р.М. нема склучено или преземено Договор за социјално осигурување може да користи здравствени услуги во странство само за укажување на итна медицинска помош и под услов да биде платен придонесот за задолжително здравствено осигурување.

Следната промена е донесена во 2011 година (чл. 6, ЗИДЗЗО/апр.11) со која се предвидува Фондот да може да склучува договори за болничко лекување во странство за заболувања по претходна спроведена постапка за избор на странската болница за лекување. Ова е уште еден рестриктивен услов за пациентот да може да го искористи правото на лекување во странство. Ако го земеме фактот дека постојат околу 2.178 разни болести<sup>24</sup> според ICD-10, малку е веројатно дека за некое специфично заболување кое не може да се лекува во Р. Македонија, Фондот склучил договор точно со таа клиника во странство која се занимава со таа проблематика и каде што има можност истата болест да се лекува. Затоа заклучокот е дека со оваа промена се запечатува судбината на пациентот и дека лекувањето во странство на сметка на Фондот ќе стане утопија.

<sup>24</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>



Последната промена на членот 30 е донесена во 2012 година (чл. 11, ЗИД330/12) и со неа се предвидува осигуреното лице да може да користи и здравствени услуги на контролни прегледи во странство кои се однесуваат на веќе извршено болничко лекување одобрено од страна на Фондот, а кои не можат да се извршат во Р.М. Иако оваа промена е позитивна, останува впечатокот од претходните измени дека ретко кој пациент ќе има можност да стигни до контролен преглед во странство. Дополнително со истиот пакет на промени е предвидено осигурените лица кои се со место на живеење во земја со која Р.М. има склучено или преземено Договор за социјално осигурување, во таа земја да можат да користат здравствени услуги во обем и на начин утврден со договорот за социјално осигурување. Оваа одредба остава огромна можност за злоупотреба т.е. на одлив на парични средства од Фондот во непознат правец, бидејќи самиот факт што тие лица се со место на живеење во друга земја т.е. со земја со која Р.М. има склучено договор за социјално осигурување, истите мораат да работат таму и аналогно на тоа имаат договор за вработување кој со себе носи бенефиции како платено здравствено и пензиско осигурување. Точно поради овој факт се поставува прашањето зошто е донесен овој став со кој се предвидува тие лица да ги користат услугите на ФЗО од Македонија?!

Следен член во кој што убаво се гледа бирократизацијата на односот пациент -Фонд - Министерство за здравство е членот 31. Истиот е променет 5 пати и тоа во 2005, 2009, 2011, 2012 и 2014 година. Со 330 е пропишано дека во постапката за остварување на правата и обврските утврдени со 330 се применуваат одредбите од Законот за општата управна постапка, ако со 330 поинаку не е определено. Дополнително, во овој член стои дека за правата утврдени со законот во прв степен решава Фондот, во втор степен министерот за здравство, а против конечното решение на министерот може да се води управен спор.

Со првата промена од 2005 година (чл. 10, ЗИД330/05) се додава нов став со кој се предвидува за остварувањето на правата утврдени со 330 да се применуваат одредбите за застареност од Законот за

облигациони односи. Според Законот за облигациони односи во член 360 стои дека побарувањата застаруваат за 5 години, доколку со закон не е определен друг рок на застареност.

Втората промена е донесена во 2009 година (чл. 10, ЗИД330/јан.09) и со неа докрај се дефинираат роковите кои Фондот мора да ги почитува во носењето на одлуките. Така за решенијата од прв степен максималниот рок кој што го има Фондот е 30 денови, додека доколку во одлуката е потребно мислењето на лекарските комисији, за кои пишувавме претходно, рокот е 45 денови. Работите стануваат бирократски со наредната промена од 2011 година (чл. 7, ЗИД330/11) т.е. со внесувањето на членовите 31-а и 31-б. Членот 31-а се однесува на постапката за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување. Во ставот 3 стои дека доколку Фондот не донесе решение за остварување на право од задолжително здравствено осигурување, односно не донесе решение за одбивање на барањето во пропишаниот рок (30 односно 45 денови), подносителот на барањето има право во рок од 3 работни дена од истекот на тој рок да поднесе барање до писарницата на директорот на Фондот и директорот да донесе решение. Понатаму стои дека директорот на Фондот е должен во рок од 5 работни дена од денот на поднесувањето на барањето поднесено до писарницата, да донесе решение дали барањето е уважено или одбиено. Следен чекор што треба да го направи граѓанинот доколку и директорот на Фондот не донесе решение е известување на Државниот управен инспекторат во рок од 5 работни дена. Понатаму Државниот управен инспекторат е должен во рок од 10 дена од приемот на известувањето да изврши надзор во Фондот дали е спроведена постапката согласно законот и во рок од 3 работни дена да го информира подносителот на барањето за преземените мерки. Следниот чекор е парадоксален – инспекторот од Државниот управен инспекторат, по извршениот надзор, донесува решение со кое го задолжува директорот на Фондот во рок од 10 дена да одлучи по поднесеното барање односно да го одобри или одбие барањето и да го известува инспекторот за донесениот акт. Да го резимираме последниов дел: директорот еднаш одлучувал за дадениот предмет,

но не донел никаков заклучок, а сега добива уште една шанса да го направи истото. Дури по 79+8 денови на неизвесна судбина на граѓанинот кој што “тропнал” на вратите на Фондот за да го оствари своите права кои му следуваат согласно Законот за здравствено осигурување, инспекторот против директорот на Фондот ќе поднесе прекршочна постапка и ќе определи дополнителен рок од 5 работни дена за кои директорот на Фондот уште еднаш ќе може да одлучи и да донесе акт. После тоа инспекторот е должен во рок од 3 работни дена да го информира подносителот на барањето за преземените мерки. Доколку директорот на Фондот не одлучи и во дополнителниот рок кој му е даден, инспекторот во рок од 3 работни дена ќе поднесе пријава до надлежниот јавен обвинител и повторно ќе го извести барателот за исходот. За жал, тука не завршуваат маките на барателите! Во случај ако инспекторот кој што требаше да го притисне директорот на Фондот да донесе решение по даден случај не постапи во согласност со законот тогаш подносителот на барањето во рок од 5 дена има право да поднесе приговор до писарницата на директорот на Државниот управен инспекторат. Доколку директорот на Државниот управен инспекторат утврди дека инспекторот не постапил во согласност со законот, ќе поднесе барање за воведување на прекршочна постапка и за инспекторот ќе определи дополнителни 5 дена за кои инспекторот мора да изврши надзор на работата на директорот на Фондот и во рок од 3 дена да го информира подносителот на барањето. Доколку инспекторот не постапи и во дополнителниот рок, директорот на Државниот управен инспекторат ќе поднесе пријава до надлежниот јавен обвинител против инспекторот и во рок од 3 дена ќе го информира подносителот на барањето. Додека трае оваа борба со институциите, директорот на државниот управен инспекторат ќе назначи друг инспектор кој ќе го спроведе надзорот веднаш и во рок од 3 дена ќе го информира подносителот за исходот и за преземените мерки. Доколку директорот на Државниот управен инспекторат не постапи согласно надлежностите повторно подносителот на барањето има можност да поднесе пријава до надлежниот јавен обвинител во рок од 8 работни дена. За крај, ако директорот на Фондот не одлучи

во рокот, подносителот на барањето може да поведе управен спор пред надлежниот суд. Вака изгледа приказната за граѓанин кој не може да добие решение (позитивно или негативно) за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување! Доколку постапката е оспорена на секое можно ниво односно доколку граѓанинот треба да ги оспорува постапките на надлежните страни кои не ја извршуваат својата работа во роковите, ќе му бидат потребни 95 +-16 денови! Тоа се 3 месеци со нерегулиран статус на здравствено осигурување! Дополнително во целата бирократска процедура се вклучува и Министерството за здравство како што стои во членот 31-б, односно министерот за здравство како прв човек на здравството во земјата. Така во ставот 1 од членот 31-б стои дека доколку министерот за здравство не донесе решение во рокот од членот 31 став 8 на ЗЗО, подносителот на барањето може да го извести Државниот управен инспекторат во рок од 5 работни дена. Понатаму инспекторот од Државниот управен инспекторат по извршениот надзор го задолжува министерот за здравство во рок од 10 дена да одлучи по поднесеното барање. Доколку и министерот за здравство не одлучи по однос на барањето на граѓанинот инспекторот ќе поднесе барање за поведување на прекршочна постапка и на министерот ќе му определи дополнителен рок од 5 работни денови за да одлучи. Доколку министерот не одлучи и во дополнителниот рок, инспекторот е должен да поднесе пријава до надлежниот јавен обвинител во рок од 3 работни дена. Останатите ставови од членот 31-б кои се однесуваат на неизвршувањето на работните задачи кои се однесуваат на инспекторот од Државниот управен инспекторат се идентични со оние кои ги разгледавме претходно. Ова е жалната приказна на здравствената реформа во Македонија. Како што напишавме претходно, целта на реформата наводно е да се намалат трошоците (за бирократските процедури пред сè), но истовремено и да се подобри услугата. Со носењето на овие два члена гледаме дека само се зголемува бирократијата, а воедно и се отежнува пристапот на субјектот кон остварувањето на правата кои му следуваат со ЗЗО.

Следната промена која што се однесува на членот 31 е донесена во 2012 година (чл. 12, ЗИДЗЗО/12) и со неа се предвидува првостепената лекарска комисија за лекување во странство да ја формира директорот на Фондот и неа да ја сочинуваат членови и заменици. Членовите на оваа комисија доставуваат мислење до директорот на Фондот во рок од 14 дена, а во итни случаи во рок од еден работен ден од приемот на комплетното барање за остварување на правото за лекување во странство. Понатаму, врв на бирократизацијата е што позитивното мислење од првостепената лекарска комисија за лекување во странство задолжително го преиспита второстепена лекарска комисија за лекување во странство во рок од 7 дена по приемот на мислењето, при што нејзиното мислење е конечно, со што се поставува прашањето која е воопшто целта на првостепената лекарска комисија?! Од податоците кои се јавно достапни во годишниот извештај од Фондот од 2013 година<sup>25</sup>, можеме да го видиме бројот на осигуреници кои побарале дозвола за лекување во странство. Гледано од 2009 година до 2013 има благо опаѓање на бројот на пациенти кои барале да се лекуваат во странство со дадениот аргумент дека Владата со инвестициите во здравството, наместо да ги праќа пациентите надвор од земјата, сега истите се лекуваат тука. Но тука не е наведен еден друг факт. Во 2009 година 419 пациенти побарале да се лекуваат во странство од кои 37 биле одбиени што е 8,8%. Веќе во 2013 година од вкупните баратели кои биле 277 дури 129 биле одбиени што е 46,6%, скоро 5 пати повеќе. За овие бројки во извештајот е изнесен аргументот од страна на Фондот дека со подобрувањето на условите во здравството, сè уште не биле исцрпени можностите за лекување во земјата и по тој основ тие пациенти се одбиени, а не поради рестриктивните и бирократски процедури кои што ги одвраќаат пациентите и осигурениците од нивното право да се лекуваат во странство. Тука не се потенцираат и приватните клиници каде навистина има услови „интервенцијата да се изведи во земјата наместо да се праќаат

---

<sup>25</sup> Елена Тулевска, Владимир Димковски, “Годишен извештај на ФЗО”, 2013, стр. 25, <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20Izvestaj%202013.pdf>

пациентите преку Фондот надвор на лекување” и каде цената за интервенцијата пациентите мораат сами да ја сносат доколку Фондот нема потпишано договор со клиниката.

Последната промена на овој член е донесена во 2014 година (чл. 4, ЗИДЗЗО/5.март.14) со која се додава можноста за поднесување на електронско барање за остварување на задолжително здравствено осигурување, како и поднесување на барање за остварување на задолжително здравствено осигурување во електронска форма преку веб порталот на Фондот од страна на осигуреникот, а директорот на Фондот да одлучи по истото барање во рок од 5 работни дена. Ова е позитивно проширување на правата на пациентите, бидејќи треба да ги намали директните контакти со администрацијата, но истото во услови кога постојат огромни проблеми со здравствениот систем е минорно.

Следен член кој што е од интерес е членот 32, кој се однесува на учеството на осигурените лица со парични средства во здравствените услуги. Во ЗЗО, во членот 32 стои дека осигурените лица учествуваат со лични средства при користењето на здравствени услуги и лекови, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци и здравствената услуга односно лековите. Дополнително во членот 32 стои дека и за здравствените услуги за одобрено лекување во странство осигуреното лице учествува со 20% од вкупните трошоци што е доказ дека и покрај бирократските процедури кои беа наметнати за да може пациентот да го оствари правото за лекување во странство, истото нема да биде комплетно покриено. Со промената од 2012 година (чл. 13, ЗИДЗЗО/12) сумата во која што осигуреното лице учествува со 20% се лимитира на 200 евра како максимална горна граница. Иако бесплатно добивање на здравствени услуги кои што ги добиваат пациентите, вклучително и оние кои имаат потреба да се лекуваат во странство, треба да биде императив, сепак компаративно овде се работи за едно подобрување бидејќи максималната цена која мора да ја плати пациентот сега е утврдена.

## 2.2.5. Ослободување од учество

Следни членови кои ќе ги разгледаме и се од важност се членовите 34 и 35 кои што припаѓаат под насловот “Ослободување од учество” и се однесуваат на лица кои се ослободени од парично учество при добивањето на некоја здравствена услуга. Во ЗЗО во членот 34 стои дека од учество се ослободени следниве категории на лица:

- осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итна медицинска помош на повик;
- корисниците на постојана парична помош, лицата сместени во установи за социјална заштита и во друго семејство, според прописите за социјална заштита, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекување во странство;
- душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа;
- осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекување во странство, во износ повисок од 70% од просечната месечна нето плата во Републиката во претходната година.

Со првата промена на овој член, во 2003 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/03), и децата со посебни потреби се ослободени од учество при добивањето на здравствени услуги, што е едно важно проширување на правата на пациентите. Со втората промена, пак, од 2014 година (чл. 1, ЗИДЗЗО/25.јули.14), ослободени од учество се и осигурени лица кои доброволно дарувале крв, ткиво или орган.

Што се однесува до членот 35, во него се запишани дополнителни групи на пациенти кои се ослободени од плаќањето на учество при добивањето на здравствена услуга. Тоа се децата до 18-годишна возраст и осигурените лица кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези, ортооптич-

ки помагала и инвалидска количка и од медицински помагала за функција на физиолошките празнења. Од овие категории можеме да заклучиме дека се работи за лица кои се делумно способни или потполно неспособни за работа, што е едно одлично олеснување и подобрување на правата за овие лица.

## **2.2.6. ОСНОВИЦА ЗА ПРЕСМЕТУВАЊЕ НА ПРИДОНЕСОТ**

Во главата со наслов “Основица за пресметување на придонесот” се содржани 6 члена (од член 40 до член 45). Од нив од најголема важност е членот 40 и тоа ставот 4 кој се однесува точно на утврдувањето на основницата од бруто платата за пресметување на придонесот за здравствено осигурување и во ЗЗО стои дека основницата за пресметување на придонесот не може да биде помала од најниската плата по работник утврдена со колективен договор помножена со просечниот коефициент на сложеност на трудот кај работодавачот.

Оваа одредба беше променета двапати, во 2007 и 2008 година. Со промената од 2007 година (чл. 5, ЗИДЗЗО/март.07) основницата според која се пресметува придонесот за здравствено осигурување се лимитира на 65% од просечната месечна нето плата по работник во Републиката објавена за тековниот месец со што сите граѓани порамномерно ќе учествуваат процентуално во уплаќањето на задолжителното здравствено осигурување. Претходно, поради постоењето на варијаблите како коефициентот на сложеност на трудот можеше да постои ситуација за манипулирање на истите, со што основницата би се зголемувала или намалувала што би значело слабеење на финансиската состојба на ФЗО. Покрај тоа, во услови на непостоење на колективни договори во многу сектори постоеше и неможност од утврдување на оваа основница во сите сектори.

Дополнително, со промената од 2008 година (чл. 6, ЗИДЗЗО/јули.08) стапката за пресметување на придонесот за здравствено осигурување од 65% се спушта на 50%. Тоа од гледна точка на



ФЗО значи намалување на паричните средства кои би се слевале во него и аналогно на тоа намалување на буџетот кој е појдовна точка во годишните проекции за проширување на здравствените услуги кои би ги покривал истиот.

Инаку, со донесувањето на Законот за придонеси од задолжителното социјално осигурување во ноември 2008 година сите членови од оваа глава престанаа да важат (чл. 33, ЗПЗСО/08).

## **2.2.7. Фонд за здравствено осигурување**

Следен член од интерес кој што спаѓа во главата “Фонд за здравствено осигурување” е членот 64 кој се однесува на издвојувањето на резерва од средствата кои не се искористени во претходната година од годишниот буџет на ФЗО. Во ЗЗО стои дека Фондот формира резерва на средства со издвојување од вишокот на приходите над трошоците остварени во претходната година. Издвојувањето во резерва на Фондот се врши додека резервата не достигне висина од 8% од трошоците на Фондот остварени во претходната година и средствата на резервата се користат за обезбедување на стабилно и ликвидно работење на Фондот. За жал, овој член во 2005 година се бриши (чл. 18, ЗИДЗЗО/05) што е почеток на видливото тонеење на ФЗО. Гледано од 2007 година па наваму има постојано зголемување на буџетот на ФЗО. Според последните податоци од ФЗО,<sup>26</sup> планираниот буџет за 2013 година бил нешто над 22 милијарди денари, додека во 2007 околу 16 милијарди денари, што е зголемување за 37,5%. Прашањето што произлегува е дали во овие години е подобрена здравствената услуга на пациентите поради зголемувањето на буџетот од Фондот и зошто доаѓа до кратење на правата на пациентите во услови кога истиот се зголемува?!

Следен член од интерес е членот 65 кој се однесува на надзорот на работата на Фондот. Во ЗЗО, во членот 65 стои дека надзор на законитоста на работата на Фондот врши Министерството за здрав-

---

<sup>26</sup> Елена Тулевска, Владимир Димковски, “Годишен извештај на ФЗО”, 2013, стр. 47.

ство и истото може да запре од извршување општ акт на Фондот, ако не е во согласност со законот или со Уставот, до донесување на одлука на Уставниот суд. Со промената од 2005 година (чл. 19, ЗИД330/05) доаѓа до дополнување на овој член со што надзор над примената на законите и прописите донесени врз основа на 330 во однос на остварувањето на правата на осигурениците и осигурените лица врши здравствената инспекција. Во надзорот на примената на законите и прописите од страна на здравствената инспекција нема ништо спорно, но со наредната промена донесена во 2011 година (чл. 16, ЗИД330/11) и со додавањето на членовите 65-а и 65-б се добива впечаток дека постоењето на здравствената инспекција е само декларативно. Така во членот 65-а стои дека доколку при вршењето на инспекцискиот надзор инспекторите кои вршат надзор над спроведувањето на одредбите од 330 утврдат дека за прв пат е сторена неправилност, должни се да состават записник во кој ќе ја утврдат сторената неправилност со укажување за отстранување на утврдената неправилност во рок од 8 дена и со истовремено врачување на покана за спроведување на едукација на лицето или правното лице каде што е утврдена неправилноста. Понатаму, стои дека Државниот санитарен и здравствен инспекторат ќе ја организира и спроведе едукацијата. 330 многу јасно ги дефинира правата на пациентите и тука се поставува прашањето дали оваа едукација е само декларативна борба со проблематичните правни лица кои нема да ги почитуваат одредбите од 330? Зар не знаат работодавачите дека на нивните вработени треба редовно да им го уплаќаат задолжителното здравствено осигурување и дека ако исплатат плата, а не уплатат задолжително здравствено осигурување дека следуваат казни и за крај дали оваа едукација е амнестирање од одговорност на надлежните кои го уплаќаат задолжителното здравствено осигурување? Овој однос на Владата кон создавање на “погодна бизнис клима”, со спроведување на едукации за работодавачите наместо директно казнување е уште еден доказ дека на осигуреникот се помислува на крајот при носењето на законските одредби.

## **2.2.8. ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

Следни членови од интерес кои немаат доживеано промена во овој закон, а потпаѓаат во делот “Доброволно здравствено осигурување” се членовите 73, 74 и 75. Во членот 73 во 330 стои дека граѓаните за себе и за членовите на своите семејства, односно работодавците за своите работници, можат дополнително да се осигураат со доброволно здравствено осигурување согласно со овој закон и прописите за осигурување, заради покривање на трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување. Понатаму, во членот 74 е поставен услов за да се користи доброволното здравствено осигурување, а тоа е лицето претходно да има задолжително здравствено осигурување т.е. не смее лицето да се осигура во доброволното здравствено осигурување, а да нема веќе постоечко задолжително здравствено осигурување и дополнително дека средствата од доброволното здравствено осигурување не можат да се користат за плаќање на здравствени услуги опфатени со задолжителни здравствено осигурување. На крај, во членот 75 е запишано дека доброволното здравствено осигурување се воспоставува со договор меѓу осигуреникот и осигурителното друштво. Овие членови важат до 2012 година, кога е донесен Законот за доброволно здравствено осигурување, кој што ќе го разгледаме понатаму во студијата.

## **2.2.9. НАДОМЕСТОК НА ШТЕТА**

Следен наслов од Законот за здравствено осигурување е насловот “Надоместок на штета” кој содржи 8 членови и тоа од членот 76 до 83. Во оваа глава се запишани “правата” на Фондот како институција и во кои случаи истиот може да побара враќање на парични средства од лица кои го оштетиле буџетот на Фондот. Светол пример кој се однесува на работниците како осигуреници е членот 79 и во него во 330 стои дека Фондот има право да бара надоместок на штета од организацијата, односно од работодаве-

цот ако болеста, повредата и смртта на корисникот на правата од задолжителното здравствено осигурување настанале поради тоа што не биле преземени мерки за заштита при работа или други мерки за заштита на граѓаните. Понатаму, стои и дека Фондот има право да бара надоместок на штета од организацијата, односно работодавецот и кога штетата е настаната поради тоа што работникот стапил на работа без претходно извршен здравствен преглед, со што работодавачот е должен да му обезбеди таков здравствен преглед на осигуреникот.

## **2.2.10. Казнени одредби**

Следна глава од интерес е главата “Казнени одредби” која содржи 3 членови, од членот 84 до членот 86. Членот 84 се однесува на казнувањето на здравствената установа со парична казна од 50.000 до 150.000 денари доколку:

1. не овозможи слободен избор на лекар;
2. во случај на подолго траење на привремената спреченост за работа не го упати осигуреникот до надлежниот орган за оценување на работната способност според прописите за пензиско и инвалидско осигурување;
3. спротивно на одредбите на ЗЗО или општ акт на Фондот ги скуси или ги ограничи правата што му припаѓаат на осигуреникот;
4. го прошири правото на здравствена заштита, му овозможи користење на право на лице на кое не му припаѓа такво право според ЗЗО или му припаѓа во помал обем и
5. спротивно на одредбите на ЗЗО или на општ акт на Фондот наплати услуга, материјални трошоци и лекови, односно учество кога тоа не е предвидено, наплати повисоко учество од утврденото или не наплати учество кога тоа е предвидено.

Дополнително, за горенаведените прекршоци ќе се казни со парична казна од 2.000 до 10.000 денари и здравствениот работник во здравствена установа кој го сторил прекршокот.

Со промената од 2001 година (чл. 1, ЗИД330/01) доаѓа до зголемување на казните каде паричната казна од 50.000 до 150.000 денари се повишува на казна од 200.000 до 300.000 денари, а казната од 5.000 до 30.000 се повишува на казна од 40.000 до 50.000 денари. Со оваа промена се отвора фронт со институциите кои нема да го почитуваат законот или актите кои се пропишани од страна на Фондот. Со следните промени од 2005, 2007, 2010 и 2012 година се забележува тенденцијата на зголемување на казнување од страна на Фондот, но истите нема да ги разгледаме, бидејќи генералната слика е доловена по однос на членот 84 (види Сл. весник на Р.М. бр. 84/05, 18/07, 50/10, 26/12 соодветно). Ќе ја потенцираме само промената од 2012 година која предвидува глоба од 10.000 до 15.000 евра во денарска противвредност на членовите на првостепената и второстепената лекарска комисија за лекување во странство ако во роковите утврдени со ЗЗО не изготват мислење по барањето за остварување на правото за лекување во странство. Со додавањето на овој член кој не постоеше цели 12 години од носењето на ЗЗО, се врши определен притисок врз првостепената и второстепената комисија за да одлучуваат во законски утврдените рокови.

Следен член од важност е членот 85 во кој во ЗЗО стои дека со парична казна од 20.000 до 100.000 денари ќе се казни за прекршок работодавецот ако воспостави доброволно здравствено осигурување за правата предвидени со задолжителното здравствено осигурување. Како што потенциравме претходно, забрането е лицето да пристапи кон доброволно здравствено осигурување доколку истото претходно нема задолжително здравствено осигурување. Со промената од 2001 година (чл. 2, ЗИД330/01) се зголемуваат паричните казни за работодавците од 20.000 до 100.000 денари на 200.000 до 300.000 денари, што е зголемување за 1.000%. Со оваа промена се очекува работодавците да го почитуваат законот и да ги осигуруваат работниците во задолжителното здравствено осигурување.

Последниот член кој е можеби и најважен од аспект на права на пациентите, а во случајов работниците и кој што спаѓа во делот

“Казнени одредби” е членот 86. Во членот 86 во ЗЗО стои дека со парична казна од 10.000 до 100.000 денари ќе се казни за прекршок работодавецот, ако:

1. во определен рок не поднесе пријава за утврдување, односно одјава за престанување на својството на осигурено лице;
2. изврши исплата на плата, надоместок на плата, пензија и друго парично примање, а не уплати придонес за задолжителното здравствено осигурување или придонесот за задолжителното здравствено осигурување го уплати во помал износ;
3. не му овозможи на Фондот да изврши увид на пресметувањето и наплатата на придонесот.

Во 2001 година (чл. 3, ЗИДЗЗО/01) се зголемуваат казните и тоа максималната од 100.000 денари се зголемува на 300.000 денари, додека минималната од 20.000 денари на 200.000 денари. Дополнително, се додава нов член 86-а кој предвидува и казна затвор од една до пет години за работодавците кои, заради стекнување на поголема имотна корист или вредност, нема да уплатат задолжително здравствено осигурување или истото ќе го уплатат во помал износ. Следната промена на членот 86 е донесена во 2009 година (чл. 18, ЗИДЗЗО/јан.09) и со неа се брише основата за изрекување казна кога, во случај на подолго траење на привремената спреченост за работа, здравствената установа нема да го упати осигуреникот до надлежниот орган за оценување на работната способност според прописите за пензиското и инвалидското осигурување. Со последната промена, донесена во 2012 година (чл. 30, ЗИДЗЗО/12), се додава нов член 86-б кој се однесува на пропишувањето на казни на првостепената и второстепената комисија на Фондот доколку овозможат осигуреник да оствари право од здравствено осигурување по основ на болест или неспособност за работа, што според закон не му припаѓа, или доколку оневозможат осигуреник да оствари право од здравствено осигурување по основ на болест или неспособност за работа, што според закон или друг пропис му припаѓа. Со тоа ѝ се дава до знаење и на првостепената, но и на второстепената комисија добро да ги размислат своите одлуки кога се работи за правата на пациентите.

### 3. ЗАКОН ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Законот за доброволно здравствено осигурување е донесен во 2012 година и до крајот на 2014 година нема претрпено промени.<sup>27</sup> Со неговото донесување престанаа да важат членовите 74, 75 и 76 од Законот за здравствено осигурување, кои ги разгледавме претходно.

Прв член од важност во овој закон е членот 4 кој дава една генерална слика за доброволното здравствено осигурување. Во него стои дека дополнителното здравствено осигурување ги покрива трошоците на име учество со лични средства при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување, согласно со прописите од задолжителното здравствено осигурување и здравствената заштита. Овој член значи дека доколку некој осигуреник има и задолжително здравствено осигурување, но и доброволно здравствено осигурување ќе биде целосно ослободен од плаќање на учество за добивање на определена здравствена услуга. Во овој член дополнително стои дека доброволното здравствено осигурување ги покрива трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, повисок стандард на здравствените услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување, трошоците за покривање на здравствените услуги користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствените услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во која се врши

---

<sup>27</sup> Закон за доброволно здравствено осигурување, Сл. весник на Р.М. бр. 145/12.

здравствената дејност и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.

Понатаму во членот 9 можеме да видиме дека доброволното здравствено осигурување, освен што може да се склучи помеѓу осигуреникот и друштвото за осигурување, може да се склучи и помеѓу работодавачот (за неговите вработени и членовите на нивните семејства) и друштвото за осигурување со што се отвора можност работодавачите да можат колективно да ги осигуруваат своите вработени како и членови на нивните семејства.

Понатаму од важност е членот 10 во кој е запишано дека само оние лица кои се осигурени со задолжително здравствено осигурување можат да се осигураат со доброволното здравствено осигурување, случај што го разгледаме и претходно во студијата. Понатаму постои одредба според која пропишува дека со губење на својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, осигурениците го губат и својството на осигуреници во дополнителното здравствено осигурување. Исклучок од ова правило се осигурениците во дополнителното здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година, што е определено олеснување т.е. непостоење на ригидност.

Дополнително во ЗДЗО има можност и за т.н. приватно осигурување (член 12-14), но и таму стои условот дека осигурениците мора да бидат задолжително здравствено осигурени за да можат да го користат и приватното осигурување. Со ова се крши митот кој пробуваат да го наметнат лица кои се заслепени од неолибералната пропаганда и кои често даваат изјави од типот: „мене не ми треба здравствено осигурување-сам/а ќе се лекувам“ или “мене не ми треба уплаќање на средства во Фондот за за здравствено осигурување-сам/а ќе се лекувам или ќе си подигнам кредит од банка и ќе се лекувам”. Факт е дека социјалниот карактер на државата е можен само ако Фондот каков што постои денес, продолжи со начинот на работа, го зголеми бројот на корисници (најдобро



преку вработувања) и истовремено ако врши истражувања пред сè за потребите на осигурениците. Дополнително во ФЗО има најдобри можности за лекување точно поради неговиот социјален карактер, бидејќи ако социјалниот карактер отсутува, голем број на пациенти кои боледуваат од тешки заболувања ќе бидат осудени на болно страдање и евентуално и смрт. Во Македонија постојат здруженија на пациенти кои се борат за подобрување и задржување на веќе постоечките права кои им следуваат со закон. Една позитивна работа од либералниот модел на уредување на здравствената заштита е тоа што државата треба неизбежно да ослаби како регулатор на здравството, а со тоа се отвора можност за здруженијата на пациенти да ја добијат сатисфакцијата која е дел од дефиницијата за здравјето која ја разгледаме на почетокот од оваа студија преку директна партиципација во креирањето на здравствените политики.

## 4. ЗАКОН ЗА ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Законот за заштита на пациентите е донесен во 2008 година и до 2014 година има претрпено две измени и дополнувања, во 2009 и 2011 година.<sup>28</sup>

**Главно зголемување на правата во овој закон е конституирањето на институционална рамка за заштитата на правата на пациентите. Главно намалување е невклучувањето на правото на законски некомпетентен пациент доколку е во состојба да направи разумна одлука, таа да се почитува и да може да го забрани нејзиното разоткривање на родителот/старателот.**

При промислувањето на сите одредби од Законот за заштита на пациентите, треба да се земе во предвид следново. Како и сите други апстрактни поими, така и „пациент“ може да послужи да се скријат антагонизмите меѓу различните други потпоими кои спаѓаат во неговиот обем. Оттаму, ако се ограничимо само на текстот на Законот за заштита на пациентите, постои опасност дека воопшто нема да го појмиме она што цело време во него се расправа. Пациент е и оној кој во секое време може да си дозволи и лекување во приватни или странски клиника, и социјалниот случај кој има проблем да го собере и изнесот за партиципациите за извршените услуги покриени од Фондот за здравствено осигурување, на пример. Појдовна точка треба да биде дека клучните неслободи и кршења на правата не се во областа на легислативата, туку во конкретно – општествените и материјални услови во кои се одвива

---

<sup>28</sup> Закон за заштита на пациентите, Сл. весник на Р.М. бр. 82/08, 12/09 и 53/11.

здравствената заштита, значи во базата, а не во надградбата. Лесно е во закон да се наведе принцип на недискриминација, на пример. Но, за да не бидат, на пример, наркозависниците дискриминирани, треба многу повеќе центри за одвикнување, што од своја страна подразбира поинакви принципи на финансирање на здравството (како самоцел која мора да се исполнува пред сите други, а не само како економски „самоодржлив“ систем), па, ако сакате, и промена на самата општествено-економска формација, во крајна линија.

Во ЗЗПП е наведено дека заштитата на правата на пациентите се заснова на начелата на хуманост и достапност (чл. 3). Она што особено треба да се земе предвид при анализата на овие начела е следново. Што се однесува до хуманоста, впечаток е дека ова начело е во спротивност со нехуманоста според која функционира општеството во целина. Доволно е само да се споменат некои од одредбите кои го конкретизираат ова начело: почитување на личната самоопределба во општество во кое во учебниците па и од страна на некои лекари хомосексуалноста се смета за болест<sup>29</sup> (чл. 3 ст. 2 т. 2, исто така според чл. 5 ст. 2, ЗЗПП), почитување на приватноста на личноста во услови кога на секои неколку години се открива масовно прислушување (чл. 3 ст. 2 т. 4, ЗЗПП)... Од своја страна, за начелото на достапност, ако ја тргнеме настрана основната пречка дека никој не се грижи за ресурсите кај пациентите за негово остварување туку, карактеристично за буржоаската идеологија, се задоволува со „еднаквоста пред законот“, има неколку конкретни мерки. Така, во однос на подначелото за праведна и фер постапка за избор/селекција за третман, во услови кога постои можност за избор од страна на здравствените установи на потенцијални пациенти (чл. 3 ст. 3 т. 3, ЗЗПП) се воведува мерката на електронско закажување прегледи (чл. 3, ЗИД333/јули.13) анализирана во поглавјето за ЗЗЗ. Исто така, мерката за отворање на аптеки во

---

<sup>29</sup> Годишен извештај „Здравствени и сексуални права на припадници на маргинализирани групи (корисници на дрога, лица, што живеат со ХИВ, сексуални работници и ЛГБТИК) на Мрежата за заштита од дискриминација, <http://coalition.org.mk/wp-content/uploads/2014/06/izvestaj-2013.pdf>

рурални подрачја секако е во насока на поголемата достапност на здравствените услуги, иако терциерното здравство пак ќе остане горлив проблем (подетално за ова во 5 поглавје).

Правото на информираност (чл. 7, ЗЗПП) е попречувано најмногу од самата организација на целиот систем на здравствена заштита. Прва пречка е долгото и, од гледна точка на здравствените работници, болно спроведување на проектот за електронско здравство, кое подразбира водење двојна евиденција. Соочени со драконски казни за секој техничко-административен превид или грешка според договорите со ФЗО и според Законот за евиденции во областа на здравството,<sup>30</sup> лекарите се принудени огромен дел од времето и енергијата да ги трошат на административните обврски. Од друга страна, тука е бројот на пациенти кои се неопходни за непречено функционирање на една ординација во примарната здравствена заштита од износот на капитацијата. Поголем износ на капитациониот бод би значел дека ординацијата би функционирала со помалку пациенти, а тоа директно би влијаело врз квалитетот на здравствената услуга, па и врз информираноста на пациентот. Аналоген е и случајот со аптеките – без спроведувањето на стандардите на Меѓународната аптекарска пракса тешко може да се одвива како што треба и информирањето на пациентите, кој често и не чувствуваат потреба за тоа.

Проблематична е и институционалната поткрепа на правата на пациентите. Имено, ЗЗПП предвидува формирање на: 1) Комисија за унапредување на правата на пациентите во секоја општина (чл. 39); 2) Државна комисија за унапредување на правата на пациентите (чл. 51); 3) советник за права на пациенти во секоја здравствена установа во која се сместуваат пациенти (чл. 45) и 4) лице за заштита на правата на пациентот во Министерството за здравство (чл. 50). Неколку аспекти треба да се разгледаат од аспект на правата на пациентите.

---

<sup>30</sup> Закон за евиденции во областа на здравството, Сл. весник на Р.М. бр. 20/09, 53/11 и 164/13.

– Состав. Во составот на општинските комисиии (чл. 41), само два претставника од вкупно девет се од здруженијата на пациентите, а тројца се делегирани од советите на општините. Двајца мора да бидат лекари, но кои не се вработени во установи кои вршат здравствена заштита, што потенцијално може да биде голем проблем при формирањето на комисиите. Самата комисија ја формира општината. Што се однесува на државната комисија, не е прецизиран точниот начин на кој ќе биде екипирана, но индикативно е дека неа ја формира министерот за здравство и дека нужно мора да содржи претставници од министерството за здравство. За советниците во рамките на здравствените организации, првичното решение беше здравствената организација самата да ги назначи од редот на вработените во министерството за здравство (чл. 45, ЗЗПП), а со измената од 2009 година тоа го прави директно министерството за здравство (чл. 1, ЗИДЗЗПП/09). Видливо е дека пациентите преку здруженијата немаат решителна улога ниту во изборот на членовите на овие тела, ниту во одлучувањето кога веќе ќе се конституираат.

– Ингеренции. И општинските комисиии (чл. 42) и државната комисија (чл. 52) можат да предлагаат, бараат, да даваат мислење, да издаваат промотивни материјали итн. Отсуствува конкретна политичка моќ кај овие тела. На пример, немаат институционална моќ да влијаат врз донесувањето на листите на есенцијални лекови или лекови кои се на позитивната листа на Фондот за здравствено осигурување во соодветните комисиии. Немаат моќ да влијаат врз тоа кои конкретни медицински интервенции и помагала би ги покривал Фондот за здравствено осигурување. И во рамките на самите здравствени установи советникот за права на пациентите има советодавна улога, а конечната одлука околу евентуалните поплаки ја носи директорот на установата. Сума сумарум, пациентите немаат моќ директно да влијаат врз остварувањето на своите права туку зависат од наклонетоста на извршната власт.

– Имплементација. Настрана сите потенцијално проблематични места во законските одредби, самиот закон се имплементира со многу споро темпо. Некои од клучните тела не се формирани,

некои се формирани во мал процент од општините, а и тие што се формирани не ги остваруваат целите заради кои се формирани.<sup>31</sup>

Повеќето одредби од Лисабонската декларација за правата на пациентот<sup>32</sup> се имплементирани и во текстот на овој закон. Сепак, упадливо е отсуството на правото на законски некомпетентен пациент да може да направи разумна одлука, неговата/нејзината одлука да мора да се почитува, и тој/таа да има право да забрани разоткривање на информациите на неговиот/нејзиниот законски назначен застапник (чл. 5б, Лисабонска декларација). Со тоа се остави простор и за некои дискриминаторски одредби во Законот за прекинување на бременоста од 2013, кој ќе биде анализиран во 6 поглавје.

Што се однесува до измените и дополнувањата на ЗЗПП, со нив не дојде до некои позначајни промени во овој закон. Во 2009 година дојде до една промена на одредбите (која ја спомнавме погоре), додека со измената и дополнувањето од 2011 година дојде до промена само на износите на паричните казни предвидени со овој закон и до воведување на постапка за едукација при утврден прекршок од страна на санитарниот и здравствен инспектор.

---

<sup>31</sup> <http://www.esem.org.mk/pdf/Publikacii/Извештај за спроведување на Законот за заштита на правата на пациентите со фокус на механизмите за заштита на правата на пациенти/pdf>

<sup>32</sup> WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/>

## 5. ЗАКОН ЗА ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКИ ПОМАГАЛА

Законот за лековите и медицинските помагала е донесен во 2007 година и до 2014 година има претрпено промени во 10 наврати.<sup>33</sup> Претходно, материјата што е опфатена со овој закон беше регулирана со Законот за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала од 1998 година, кој нема претрпено промени.<sup>34</sup>

**Главни проширувања на правата се воведувањето на единствени цени за лековите и обврската на сите правни субјекти кои имаат две или повеќе аптеки да отворат трета во рурални подрачја каде што ги нема. Главни ограничувања се немањето на институционална сила на здруженијата на граѓани да влијаат врз донесувањето на листата на есенцијални лекови, дозволата за продажба на ОТЦ препарати да се продаваат надвор од аптеките и укинувањето на Националната лабораторија за испитување на контрола и квалитет на лековите.**

### 5.1. ЗАКОН ЗА ЛЕКОВИ, ПОМОШНИ ЛЕКОВИТИ СРЕДСТВА И МЕДИЦИНСКИ ПОМАГАЛА (1998)

Законот за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала од 1998 година го одликува општоста (заеднички е и со

---

<sup>33</sup> Закон за лековиџе и медицинскиџе џомаџала, Сл. весник на Р.М. бр. /07, 88/10, 36/11, 53/11, 136/11, 11/12, 147/13, 164/13, 27/14 и 43/14.

<sup>34</sup> Закон за лековиџе, џошошниџе лековиџи средсџва и медицинскиџе џомаџала, Сл. весник на Р.М. бр. 21/98.

препаратите во ветеринарната медицина) и едноставноста на неговите одредби. Системот на надзор и контрола врз прометот на лекови се одликува со централизираната улога на засебно дефинирани тела. Така, директорот на Агенцијата за лекови го назначува и разрешува Владата на предлог на министерот за здравство (чл. 13). Националната програма за лекови, која треба да ги дефинира целите и задачите на здравствената политика од аспект на прометот со лекови и медицински помагала, ја донесува исто Владата на предлог на министерството за здравство (чл. 15). Одобренија за ставање во промет на лекови и медицински помагала издава министерството за здравство врз основа на предлози на комисији составени од членови избрани од министерот за здравство (чл. 15). Членот 59 предвидува конституирање на Национална лабораторија за испитување на контрола и квалитет на лековите, членот 77 – Национален центар за следење на несакани дејства, а членот 79 – Национален центар за информирање за лековите. Освен во концентрацијата на надлежностите во институции и тела под непосредна контрола на извршната власт, централизираноста се читува и во низа одредби кои низа аспекти од областа на производството и прометот за лекови битни за пациентите не ги препуштаат на случајот (совесноста и чесноста на приватниот сектор вклучен во овие дејности). Така, во членот 16 меѓу исклучоците во кои се врши промет на лекови без одобрение не се наведени донациите. Членот 18 дозволува било кое одобрение за промет да се преиспита во било кое време, додека членот 29 наложува кон барањето за промет да се достават и сите незавршени и прекинати испитувања на лекот. Со тоа се штитат пациентите од новитети кои поради (привидната) ефикасност и големите профити агресивно би се промовирале и користеле пред да се утврди некој важен несакан ефект или интеракција по извесно време (и извесни сериозни последици по здравјето кај извесен број пациенти). Членот 33 остава можност да се побараат моистри и од суровините и меѓупроизводите при производниот процес од даден лек. Со тоа донекаде и се превенира можноста под изговор на еквивалентност на активната супстанција да се фабрикуваат лекови со спорна или проблематична ефикасност.



Во член 51 се предвидува за некои традиционално употребувани супстанции за чија научна ефикасност не е обезбеден доказ на надворешното пакување да стои назнаката „традиционално се употребува за“. Мора да се потцрта важноста на оваа одредба, бидејќи емпиријата кажува дека во свеста на пациентите не секогаш се јасно разлачени природните лекови, лековите во вистинска смисла на зборот, помошните лековити средства и додатоците на исхраната. Тоа незнаење често маркетиншки се експлоатира, па неретко пациентите се подготвени да дадат огромни износи на вакви препарати со очекувања како да се тие вистински лекови. Со тоа што во упатството се содржи соодветната категорија (хербален лек, додаток во исхраната или помошно лековито средство) производителот или увозникот се чисти пред законот, без разлика што пациентот не е во состојба овие категории да ги разграничи. Оттаму, колку поексплицитно овие дистинкции се обележани на самите производи толку подобро. За жал, оваа обврска ја нема во наследникот на овој закон од 2007 година.

Членот 80 едноставно и ефикасно го регулира рекламирањето на лековите. Според него, се забранува рекламирање и на лековите кои одат на лекарски рецепт и на оние кои се издаваат во аптека без лекарски рецепт, како и на оние наменети за употреба само во болнички услови (со исклучок на кампањите при епидемии и вонредни услови). А за огласување на помошно лековито средство, било да се издава без рецепт во аптека, било да е во слободна продажба, неопходно е одобрение од министерството. Ако се согласиме дека здравјето на луѓето е апсолутна вредност која не можеме да ја препуштиме на милоста и мудроста на пазарот и „невидливата рака“ на Адам Смит, ако се согласиме дека медицината и фармакологијата се науки а не услужни дејности, тогаш оваа одредба од законот не е ништо друго, туку само законско отелотворување на овие аксиоматски поставки. Предностите на ова законско решение најмногу доаѓаат до израз кога ќе се спореди со она на наследникот на овој закон од 2007. Во истата насока треба да се потцрта и важноста на членот 100 кој „забранува да се ставаат во промет како лек, производи на кои им се припишува лековито дејство, а кои

не се сметаат за лекови во смисла на овој закон“. Имено, како што е надрилекарството жива напаст и за финансиите и за здравјето на пациентите, така се и надрилекарствата, па оттаму мора експлицитно да се стават вон законот. Особено значајно е тоа што законодавецот предвидува казна од 100.000 до 200.000 денари и за медиумот кој рекламира или информира за лек спротивно на одредбите од овој закон (чл. 140) како нужен чинител во секое корпорациско манипулирање со правата на пациентите (потрошувачите од нивна гледна точка). Сепак, согласно член 145, казната за физичко лице кое врши промет со лекови, помошни лековити средства или медицински помагала е од 30.000 до 50.000 денари. За правното лице кое ќе огласува лекови спротивно на законот казната е 100.000 до 250.000 (чл. 139 ст. 1 т. 9). Оваа сума е проблематична зошто не е извесно дека е доволно висока за да ги одврати евентуалните прекршители на законот (односно остава отворена можност дека профитите од рекламирањето би ги надминале износите од евентуалната казна поради тоа рекламирање). Таа казна е отприлика 200 месечни терапии од 1.000 денари од, на пример, некој нерегистриран додаток на исхрана. Во држава каде традиционално нема владеење на правото не треба да се потцени ваквата опасност.

Членот 108 забранува правните лица кои вршат промет на големо со лекови и медицински помагала да вршат производство и промет на мало. Како и повеќето обиди на секој предлагач на закон да се спротивстави на големите капитали, така и овој се одликува со своевиден формализам и протоколарност. Имено, воопшто не се ни тангира сопственичката структура на тие правни лица. Како чинители во пазарот да се некои апстрактни ентитети, а не конкретни поединечни луѓе, „од крв и месо“ што би рекол Унамуно. Ова решение единствено е важно за совеста на предлагачот на законот дека се спротивставил на нелегалната конкуренција во односната област, а за моќните стопанственици значи низа административни непријатности при регистрацијата на различните „правни лица“ под нивна контрола.

Што се однесува до цените на лековите, нема ни формален ни протоколарен обид на предлагачот на законот да се спротивстави на капиталот (или, што е едно и исто, да ги заштити правата на пациентите). Имено, според член 116, цената на лекови кои не се есенцијални<sup>35</sup> се формира слободно. Во комбинација со претходните одредби околу рекламирањето, како да се оцртуваат контурите на состојбата во фармацијата кон која овој закон се стреми и кој го заговара. Тоа е релативно изолиран пазар во кој малкумина со помош и заштита на државата би доминирале и би остварувале екстремни профити. Без агресивно рекламирање не е можно да се разбие веќе формиран олигопол или монопол, а законот веќе се погрижил него да го ограничи. За сметка на тоа, државата има развиен систем за сопствена контрола на квалитетот на лековите кои се користат.

## **5.2. ЗАКОН ЗА ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКИ ПОМАГАЛА (2007)**

За разлика од Законот за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала (1998), Законот за лекови и медицински помагала (2007) им се спротивставува на локалните олигополи и пациентите ги препушта на (не)милоста на глобалниот капитал од фармацевтскиот сектор, притоа чинејќи ја сè потешка и покомплицирана контролата на ефикасноста и квалитетот на лековите.

Така, членот 5 од овој закон ги наведува надлежностите на Агенцијата за лекови. Притоа, таа ги презема надлежностите кои во претходниот закон од 1997 беа дистрибуирани на различни институции: Националниот центар за следење на несакани дејства (точка 16) и Националната лабораторија за испитување на контрола и квалитет на лековите (точка 20). Националниот центар за инфор-

---

<sup>35</sup> Есенцијален лек е лек избран да се користи како неопходен за потребите на здравствената заштита во земјата (чл. 5 ст. 1 т. 61, ЗЛПЛСМП).

мирање за лековите нема свој институционален адекват во новиот закон – оваа функција е препуштена на рекламите и медиумите (што значи, по заобиколен пат, повторно на рекламите).

Извесна недоумица претставува формулацијата од ставот 3 на член 15. Таа гласи: „Носителот на одобрението заедно со веледрогеријата претставуваат јавен сервис, односно гарантираат континуирано соодветен асортиман и количина на лекови за задоволување на потребите со лекови, во релативно краток временски период.“ Имено, не е јасно дали „краткиот период“ се однесува на експедитивноста на дистрибуцијата на односниот лек или, пак, на временскиот период во кој носителот на одобрението се обврзува да го снабдува населението со односниот лек. Со подоцнежните измени на законот, додуша, се додаваат прекршочни и казни одредби за секој прекин во снабдувањето на некој лек од кои било причини. Така, во 2012 година се додадоа нови одредби во член 36 кои осигуруваат снабденост со лекови во период до два месеци во случај на ликвидација, стечај, застој или прекин во производството (чл. 3, ЗИДЗЛМП/12). Почитувањето на оваа одредба се осигурува и со воведувањето на парични, но и кривични казни, кои покрај губењето на одобрението за промет, предвидуваат и затворски казни за одговорното лице до една година при тешко нарушување на здравјето, од три до пет години во случај на последици по здравје кај некој пациент и од пет до десет години во случај на смрт на некој пациент (нов член 156-б, чл. 13, ЗИДЗЛМП/12).

Начинот на кој Агенцијата за лекови ги презема врз себе обврските на Националната лабораторија за испитување на контрола и квалитет на лековите е јасен од процедурата која ЗЛМП/07 ја предвидува за добивање на одобрение за ставање на лек во промет. Конкретните аналитички, фармаколошко-токсиколошки и клинички испитувања се вршат од страна на правни лица кои ги исполнуваат условите во однос на просторот, опремата и кадарот, како и начелата на добрите практики и под услов да бидат овластени од министерот за здравство (чл. 50, ЗЛМП/07). Додека, пак, на подносителот на барање за вакво одобрение му се наложува да приложи, меѓу другото, и документи за квалитетот на суровините,

за извршени фармацевтски, токсиколошки клинички испитувања (чл. 20, ст. 1, т. 2 и 3, ЗЛМП/07) – значи сето она што претходната Национална лабораторија непосредно имаше надлежност да го врши. На секоја веледрогерија ѝ се наложува да поседува сопствена акредитирана лабораторија со соодветен кадар во која таа самата би и ги испитувала лековите кои ги увезува или договор со акредитирана лабораторија (чл. 75, ЗЛМП/07). Со тоа, одговорноста за квалитетот и ефикасноста на лековите во голема мера се префрла од државата врз приватните компании и меѓународните регулации на квалитетот и безбедноста. Во оваа смисла, малку чудно делуваат одредени формулации кои се однесуваат на производството на лекови. Така, членот 66 наложува производителот на лекови добиени од човечка крв и радиофармацевтски препарати да обезбеди суровините, технологијата и условите на производство да бидат во согласност со овој закон. Имено, саморазбирливо е дека секоја дејност мора да се врши во согласност со законот кој ја регулира таа дејност. Но, државата е таа која обезбедува односната дејност да се врши во согласност со законот, а не правното или физичкото лице кое таа дејност ја врши. Така, оваа несмасност во формулацијата може да се смета за еден минорен но прилично индикативен пример за первертираниот и потчинет однос на општиот интерес отелотворен во Законот кон приватниот капитал.

Исто како и во претходниот закон од 1998 година, и во овој има одредба дека веледрогерија не смее да врши промет на мало (чл. 73, ЗЛМП/07) без дополнителни дообјаснувања или механизми за либерализација на пазарот. Додуша, самиот слободен пазар го форсира крупниот капитал и создавањето на олигополи и монополи<sup>36</sup>, па можеби е и разбирлив односот на законот кон таа тематика „колку да се рече“. Сепак, проблемите и прекршувањата на правата на пациентите не завршуваат со министерствата и локалните закони, па затоа и мора тоа да биде нотирано во една ваква студија.

---

<sup>36</sup> Види поглавјето „Историска тенденција на капиталистичката акумулација“, Karl Marx, *Kapital*, Prosveta, BIGZ, Beograd, 1979, стр. 671-673.

Особено затоа што можеби во ниту еден друг сектор монополскиот капитализам нема толку директно и силно влијание врз своите потрошувачи (почесто називот „пациент“ е само заради учтивост) отколку здравствениот и фармацевтскиот сектор.

Конечно, во 2014 година (чл. 2, ЗИДЗЛМП/февр.14) се вовеле одредбата која, се чини, беше неопходно да се вовеле многу порано и чие невоведување во голема мерка го диктираше развојот на ваквите состојби во сферата на фармацијата кај нас. Имено, тогаш се воведоа два нови става, со кои се предвидува дека правно лице кое врши промет на големо со лекови и правно лице кое врши промет на мало со лекови не смеат да бидат капитално, управувачки или роднински поврзани. При тоа, прецизирано е дека под роднинска поврзаност во смисла на овој закон ќе се смета доколку лицата кои се основачи, односно содружници на правното лице кое врши промет на големо со лекови и правното лице кое врши промет на мало со лекови се брачен другар, татко, мајка, брат, сестра, син, ќерка, посвоеник или посвоител. Во иста насока е и одредбата (чл. 5, ЗИДЗЛМП/февр.14) според која основач на аптека, односно веледрогерија не може да биде вработен во Министерството за здравство, директорот на Агенцијата за лекови или лице вработено во Агенцијата или директорите или лице вработено во Фондот за здравствено осигурување, или лице кое е брачен другар, татко, мајка, брат, сестра, син, ќерка, посвоеник или посвоител на вработен во Министерството за здравство, директорот на Агенцијата или лице вработено во Агенцијата, или директорите или лице вработено во Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Не се работи само за спречувањето на нелојалната конкуренција. Имено, моќта како моќ и онака има пирамидална структура, а регулаторните тела и онака имаат тенденција за симбиоза со приватните капитали кои треба да ги регулираат, па уште ако и законски ѝ се остави отворен простор на таа тенденција, извесно е дека пациентите мора од тоа да го извлекуваат подебелиот крај – било од аспект на квалитетот, било од аспект на цената на леко-

вите.<sup>37</sup> Иако ова законско решение доаѓа премногу доцна, кога веќе самиот пазар е деформиран а штетите непоправливи, впечаток е дека важи она правилото „подобро доцна, отколку никогаш“.

Трет проблематичен сегмент од ЗЛМП/07 е сегментот околу рекламирањето. Со чл. 93 се забранува јавно огласување на лек преку припишување на особини што тој ги нема, пренагласување на неговите позитивни ефекти, претерување во опишувањето на ефектите од лекот на несоодветен начин, споредување со други лекови или на друг начин со кој се доведува во заблуда корисникот на лекот. Но, многу е тешко прекршувањето на овие одредби казнено да се операционализира. Казната е нешто (но не значително) повисока во споредба со претходниот закон – од 25.000 до 50.000 евра (чл. 154 ст. 1 т. 26, ЗЛМП/07). Да ги разгледаме одредбите од Упатството за начинот на огласување на лековите и медицинските помагала.<sup>38</sup> Имено, членот 9 од ова упатство забранува да се користат информации кои што може да го наведат пациентот-корисникот да мисли дека лекот или медицинското помагало: нема несакани реакции, не е потребно да се консултира лекар пред користење, гарантира успех во лекување на болеста, добро е да се зема и кога нема знаци на болест, заради своето природно потекло не е штетен, претставува прехранбен, козметички или друг производ за широка потрошувачка, добил или ќе добие одобрение за ставање во промет, со негово земање може да се избегне лекарски преглед, совет или оперативен зафати дека е подобар од другите лекови односно медицински помагала и може нив да ги замени.

---

<sup>37</sup> Во оваа смисла како позитивна треба да се оцени измената од 2013 година со која се пропишува дека во веледрогериите со вкупен промет над 10.000.000 денари во претходната година секоја година ќе се врши задолжителна заедничка контрола на работењето на веледрогеријата од најмалку двајца фармацевтски инспектори, двајца даночни инспектори и еден царински службеник. При тоа, овие инспектори и службеници нема да можат во иста веледрогерија да вршат контрола на работењето два пати последователно (чл. 15, ЗИДЗЛМП/окт.13).

<sup>38</sup> Упатството за начинот на огласување на лековите и медицинските помагала, Сл. весник на Р.М. бр. 66/08.

Симптоматична е формулацијата дека огласувањето не треба да содржи такви и такви информации. Разликата меѓу давањето информации и рекламирањето е отприлика како меѓу исповедување и заведување. Според член 8 од Упатството, огласувањето мора задолжително да содржи име на лекот, негова употреба, како и следнава назнака: „Пред употреба внимателно да се прочита упатството! За индикациите, ризикот од употребата и несаканите дејства на лекот односно медицинското помагало консултирајте се со Вашиот лекар или фармацевт“. Во практиката, последново толку брзо се изговара и толку кратко е испишано на екранот што повеќе делува како своевиден иритирачки додаток при сите реклами за лекови. Кога рекламата не би содржела никаква друга информација освен овие, таа би била сосема во ред од гледна точка на законот. Затоа, често се случува пациенти експекторанси да употребуваат при сува кашлица. Многу комбинирани аналгетици класифицирани како ОТЦ препарати<sup>39</sup> содржат, заради синергизам и кофеин, а со тоа и ризик од создавање зависност. Ибупрофенот кој исто е класифициран како ОТЦ аналгетик, освен кон гастроинтестиналниот тракт, при честа употреба е штетен и за бубрезите, а исто така го снижува нивото на тромбоцити во крвта. Еден од многуте примери – на веб-страницата на едно претставништво од странска компанија за додатоци на исхрана, под тегобата „мигрена“ се нудат таблети со магнезиум. „Помага при“ е многу zgodna формулација, пред законот огласувачот е чист, а доволно е да се привлечат муштериите, пардон пациентите, зошто, нели, не се жалат пари кога е во прашање здравје. На пример, дали олеснувањето на болките, подобрувањето на имунитетот или давањето енергија може да оправда формулација како „помага при карциноми“? Речиси и да нема егзотично непознато растение од чиј екстракт не се изработуваат прескапи препарати. Кога веќе пациентот станува потрошувач, за свои пари е секогаш во право што се однесува до своето здравје, и во односот меѓу него и лекарите и фармацевтите

---

<sup>39</sup> Како ОТЦ препарати (ОТС, англиски, Over the counter) се означуваат лековите кои се издаваат без лекарски рецепт.



се испречуваат безброј медиумски совети и ветувања, медицински по форма а маркетиншки по содржина. На нашиот стадиум на капитализмот се бришат разликите меѓу рекламата и секоја форма на креативност и знаење, вклучувајќи ја науката и фармацевцијата посебно.<sup>40</sup> На пример, кумисот е мошне опасен во комбинација со одредени лекови, и особено при оперативни зафати, а во мода се разните капки за циркулација на билна база кои го содржат. Не може да се очекува од старите луѓе (главната таргет група на оваа класа производи) да го знае сето тоа. Затоа, може позитивно да се оцени одредбата од измената и дополнувањето на Законот за јавно здравје<sup>41</sup> од 2011 година дека сите правни лица кои се занимаваат со традиционална медицина, освен едноставно дозвола од министерството, да мора да поднесуваат барања по однапред пропишан образец, сето тоа со цел да се има подетална евиденција кој и каде се занимава со оваа дејност (чл. 1, ЗИДЗЈЗ/11). Се чини, поелегантнo и подобро беше решението од стариот Закон за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала (1998). Испаѓа работата, дека опасно е ако професионалците имаат целосна контрола врз лековите и помошните лековити средства (заради конфликтот на интереси), а опасно е и да немаат (заради незнаењето на луѓето). На страна здравјето на пациентите, треба да се земат предвид и нивните финансии – можеби и нема односниот препарат да има негативно последици по здравјето, но само по себе е кршење на правата на пациентите да плаќаат висока цена за препарат од кој реално нема толкава потреба. Треба тука решително да се расчисти со буржоаското сфаќање на слободата (поединецот да може да одбира меѓу стоките на пазарот, во склад со своето „слободно“ сфаќање за своите потреби). Лековите не се аплицираат врз потрошувачи, лица, па ниту врз поединци, туку

---

<sup>40</sup> „Спознанијата се ставаат во оптек според истите мрежи како и парите и дека поделбата која важи за нив престанува да биде поделба меѓу знаењето/незнаењето и станува онаа на платежни знаења/инвестициски знаења“ (Ж. Ф. Лиотар, „Постмодерна состојба“, „Аз-буки“, Скопје, 2007, стр. 14).

<sup>41</sup> Закон за јавно здравје, Сл. весник на Р.М. бр. 22/10, 136/11 и 144/14.

врз организми. Организмот е општост, и она што му треба и што му фали не може да биде предмет на субјективна процена (дури ни од страна на оној кој, по некоја случајност, самиот тој е тој организам). Тие проценки мора да се базираат врз општи знаења. Идеален случај би бил целосна контрола од страна на здравствени професионалци кои сосема би биле независни од производствениот приватен сектор (да не кажам државно здравство, термин кој кај нашите граѓани оправдано предизвикува трауматични и болни конотации со оглед на долгогодишните голготи).

Во насока на поголема достапност на лековите се и мерките предвидени во измената и дополнување на ЗЛМП од февруари 2014 година. Едната од нив пропишува ноќни дежурства на аптеките (чл. 6, ЗИДЗЛМП/февр.14). Но, тие немаат обврска да ги имаат на лагер лековите кои би биле неопходни при итни случаи (на пример, инекции адреналини, аминофилин итн.). Дури и кога би ги набавиле, со оглед на неможноста да се предвиди колкава побарувачка за колкав период ќе има за нив, реална е можноста да не ги потрошат пред рокот за употреба (така, инекциите аминофилин имаат пакување со голем број ампули, а релативно ретко се јавува потреба за нив, и тоа не на многу голема количина). Кога приватни организации вршат јавна дејност,<sup>42</sup> априори следува дека таков систем постојано ќе биде соочен со проблеми и недоречености. Имено, приватизацијата на државните аптеки значеше и укинување на оние аптеки кои својот асортиман би го прилагодувале исклучиво на потребите на здравствената заштита, а современата стратегија на медиумски стимулирана потрошувачка завладеа и со лековите како и со било кои други стоки. Во оваа смисла, обврските на аптеката како дел од системот на здравствена заштита или системот на здравствено осигурување стануваат само мртво слово или незгода од која не можат да се спасат. Дури, прашање е дали е можно економски да опстои ако единствена вредност при функционирањето би била интересот на пациентот. Навистина, во

---

<sup>42</sup> Законот за здравствена заштита ја дефинира здравствената дејност како дејност од јавен интерес (чл. 12, 333/12).

ЗЛМП/07 пропишана е обврската за секое правно лице кое врши промет на мало со лекови да ги исполнува обврските на јавен сервис, односно обврската да гарантира постојан и соодветен асортиман и количина на лекови за задоволување на потребите на пациентите на определено географско подрачје (чл. 82, ЗЛМП/07). Но, „постојан и соодветен асортиман“ е прилично неодредена формулација, па како таква подложна на субјективно толкување од секое правно лице поединечно, па како таква и без стварно значење. На страна што вршењето на улогата на јавен сервис, кога не би се правеле дека не знаеме што тоа значи, за повеќето приватни установи обично би значело банкрот. Кога би постоеле државни аптеки кои асортиманот би го прилагодувале на потребите на здравствениот систем (а не на понудата на производителите), една ваква мерка би била и смислена и корисна. Вака како што е, оваа мерка е повеќе популистичка отколку што реално пациентите имаат корист од неа и значи дополнително оптоварување за самите аптеки.

Друга таква мерка од истава измена на ЗЛМП од февруари 2014 година е обврската на секое правно лице кое поседува две или повеќе аптеки на подрачјето на една општина да мора да отвори и трета во рурални средини каде што има потреба за неа (чл. 6, ЗИДЗЛМП/февр.14). Начелно, секако дека ваква мерка треба да се охрабри. Но, неа ја загрозува повторно истата несовмесност меѓу јавната природа на дејноста и приватната сопственост која неа треба да ја извршува. Имено, предизвик ќе биде економската одржливост на тие експозитури во руралните подрачја. Сиромаштијата и богатството не се географски рамномерно распределени, за разлика од болестите. Затоа, пак, обврската воведена исто така во февруари 2014 година (чл. 6, ЗИДЗЛМП/февр.14), сите синцири аптеки на секои пет аптеки да мора да отворат една во рурално подрачје, се чини безрезервно применлива.

Оваа тенденција уште повеќе доаѓа до израз со одредбата од февруари 2014 година (чл. 3, ЗИДЗЛМП/февр.14) дека правно лице кое е регистрирано и врши промет на големо и промет на мало со храна, пијалаци и тутун и/или е регистрирано и врши трговија на мало со нафтени деривати на бензински станици според Законот

за трговските друштва може да врши промет на големо и со лекови што се продаваат без рецепт. На прв поглед, оваа промена е сосема умесна и корисна – едноставно ОТС лековите ги прави подостапни на пациентите. Но, вреди да се размисли дали оваа категорија на лекаства е оставено да се издава без рецепт заради тоа што се смета на тоа дека лекот ќе биде издаван во аптека? Пример, парацетамолот се смета за релативно, а не за потполно безопасен лек. Хепатотоксичен е во поголеми дози. Пациентите кај нас често го сметаат за лек за сите симптоми на грип, па меѓу другото го даваат и за насална конгестија, кашлица, па понекогаш дури и како експекторанс. Не само што го употребуваат многу често, не само што го употребуваат кај што не треба, туку често и не го употребуваат кај што треба (на пример, за болки во грлото непоследени од зголемена телесна температура). Веќе го споменавме ризикот од зависност кај аналгетиците кои за синергизам содржат и кофеин и/или кодеин. Потоа, многу нестероидни антиинфламаторни лекови исто се регистрирани да можат да се издаваат без рецепт, и покрај можните (или можеби подобро да се каже) извесните негативни последици врз гастроинтестиналниот систем и (не толку познатите) негативни ефекти врз бубрезите. Така, освен активниот јаглен и витаминот Ц прашање е уште колку вакви лекови би можеле со мирна душа да се прогласат за целосно безбедни и да се пуштат во слободна продажба. Хераклит вели „очите и ушите им се лоши сведоци на луѓето кои имаат варварски души“. Ако парафразираме, слободната продажба на лековите е лоша услуга со население со низок степен на здравствена култура и образование. А медицината и фармацевцијата се толку специфични дисциплини, што тешко и може да се очекува повисок степен. Дури, со промените на ЗЛМП од февруари 2014 година, се дозволува и овие правни лица да вршат интервентен увоз на ОТС препарати (чл. 4, ЗИДЗЛМП/февр.14). Можеби има таква потреба во населените места во чија близина нема аптеки, но ако проектот за аптеки и подвижни аптеки во ретконаселените рурални подрачја кои беа споменати претходно биде спроведен, би отпаднал и овој аргумент во прилог на оваа законска измена.

Тука треба да се спомене уште една измена која исто е во насока на слабење на релејот пациент – аптекар – лек. Се работи за една навидум сосема несуштинска, само „на зборови“ измена. Тоа е измената од 2010 година (чл. 7, ЗИДЗЛМП/10) со која се бара од правното лице регистрирано за промет со лекови на мало да има вработено соодветен кадар. Имено, формулацијата од 2007 година „да има вработено соодветен број лица со високо образование од областа на фармацијата (најмалку по еден во смена кој ќе биде постојано присутен во аптеката)“ се заменува со „да има вработено соодветен број на лица со високо образование од областа на фармацијата (постојано присутно во аптеката)“. Но, оваа бенигна измена на зборовите детектира една принудна абдикција (привремена, се надеваме) од една многу важна реформа – воспоставувањето на добрата аптекарска пракса како систем на функционирање на аптеките. А воспоставувањето на тој систем на квалитет е од примарна важност за самите пациенти. Имено, идејата е дека фармацевтот во одделен простор детално се консултира и го советува пациентот околу начинот на администрација, контраиндикациите, земањето со други лекови и слично. Сите формалности околу евидентирањето, наплаќањето и слично ги врши техничарот. Велиме принудна, зошто низа објективни околности ѝ стојат на патот на оваа промена. Бројот на аптеки споредено со бројот на дипломирани фармацевти е најголемата од нив, иако не и единствената. За да заживее ваква промена, неопходни се промени и во модусот на издавање лиценци за издавање на лекови на мало, вклучително и просторните барања и во политиката на запишување на студенти на Фармацевтскиот факултет... Со еден збор, не е доволно само да се наметне една законска обврска, туку мора да има материјални услови на терен за оној кој е задолжен да ги исполнува да може да ги исполнува, настрана неговата желба да го почитува законот. Самата обврска аптеките да обезбедат по еден дипломиран фармацевт во смена се пролонгира до 2017 година (чл. 13, ЗИДЗЛМП/10).

Тука треба да се спомене една важна поента која, иако не е ексклузивно врзана со нашиот здравствен систем, туку напротив, се шири општораширен не исклучувајќи ја и СЗО, сепак има важни

последници врз остварувањето на правата на пациентите. Имено, интуитивно се чини несовесно сопственик на веледрогерија да биде директор на Фонд за здравствено осигурување на една држава (како што беше случај кај нас во 2003). Но, за оваа функција, како и за функцијата директор на Бирото за лекови е неопходно работно искуство од пет години во областа (чл. 4, ЗЛМП/07), за фармацевтски инспектор – три (чл. 142, ЗЛМП/07), а за комисиите во рамките на Бирото – 10 години (чл. 8, ЗЛМП/07). А во таа „област“, како што знаеме, има само приватен сектор. Според тоа, човек не може да биде во позиција да ја регулира здравствената дејност, без да биде дел од оние структури од кои, всушност, таа регуларност треба да ја штити. Потпишувањето на изјави не изгледа како ефикасна противтежа на тенденцијата кон конфликт на интереси (чл. 8, ЗЛМП/07).

Битна новина во овој закон е тоа што цените на лековите кои мора да се припишуваат на лекарски рецепт веќе не се формира слободно и се оневозможува дампинг (чл. 107 и 108, ЗЛМП/07). Оваа мерка сама по себе имаше огромно влијание врз намалувањето на цените на лековите, и дури таа откри со колкави сè не маржи лековите се продавале до воведувањето на овој закон. Интервенциите врз цените на лековите и спречувањето на екстрапрофитите се потенцирани со уште една мерка – можноста за паралелен увоз на лекови, воведена во 2012 година (чл. 1, ЗИДЗЛМП/12). Паралелниот увоз на лекови е дефиниран како увоз на лек што има одобрение за ставање во промет и се наоѓа во употреба во земја членка на Европската Унија или во Швајцарија, Норвешка, Канада, Јапонија, Израел или САД и е произведен од ист производител на лек што има добиено одобрение за ставање во промет во Република Македонија со иста фармацевтска форма, јачина и пакување и за кој има издадено одобрение за паралелен увоз од страна на Агенцијата за лекови на база на значителна сличност на двата лека. При тоа, увозникот на лекот што е предмет на паралелен увоз не треба да биде во комерцијална врска односно да биде капитално поврзан со носителот на одобрението за ставање на лекот во промет.

Оваа мерка е многу згодна во услови на еден олигополски структуриран пазар да се заштитат, на прво место, финансиските интереси на пациентите од екстрапрофитите кои олигополите нужно би ги исцицувале од крајните потрошувачи (одредбата дека увозникот на лекот не треба да биде во комерцијална врска или да биде капитално поврзан со носителот на одобрението). Но, оваа моќ (како и секоја друга моќ) на државните тела може да се искористи и за арно и за лошо. Најиндикативен е примерот со инсулинот на Новонордиск. Имено, кај инсулинот одредбите како „иста фармацевтска форма и јачина“ и „значителна сличност на два лека“ не е се баш толку едносмислени. Замената од еден на друг производител, дури и кога се реализира, е придружена со цела низа на несакани ефекти. Од друга страна, особено во секаде во светот раширената спрега меѓу приватниот капитал и регулаторните тела, можно е од неа да види бенефит друга фармацевтска компанија, а не самите пациенти. На пример, со оваа измена и дополнување од 2012 година се додава нов член 80-в според кој за да може еден лек да биде паралелно увезен, доволно е да има одобрение за промет во било која земја членка на ЕУ (чл. 6, ЗИДЗЛМП/12). Исто така, индикативно е бришењето на одредбата според која правно лице се казнува со глоба од 25.000 до 50.000 евра за ставање во промет неисправни лекови (чл. 10, ЗИДЗЛМП/12). Како механизам за регулирање на квалитетот може да се смета и казнената одредба за директорот и службените лица ако дозволат поради неодговарање на барањето со одобрение да се стекне лек кој не ги исполнува условите (нов член 156-а, чл. 13, ЗИДЗЛМП/12). Но, како измена мора да се оцени позитивно, бидејќи и' овозможува на државата да воведат ред ако сака. А тоа дали сака или не, се разбира дека не може да се реши со никаков закон. Впрочем, членот 55 став од Уставот укажува дека „Слободата на пазарот и претприемништвото можат да се ограничат со закон единствено заради одбраната на Републиката, зачувувањето на природата, животната средина или здравјето на луѓето“.

Во октомври 2013 година процедурата за паралелен увоз се видеоизменува. Најзначајни новини се:

- а) додавањето на Турција и Русија кон листите на земји во кои ако еден лек има одобрение може да биде предмет на паралелен увоз (чл. 1, ЗИДЗЛМП/окт.13). Додуша, истовремено се прецизира дека тоа ќе важи сè до приемот на РМ во Европската Унија (чл. 25, ЗИДЗЛМП/окт.13).
- б) задолжението при барањето за одобрение за паралелен увоз да се достави и примерок од лекот (чл. 7, ЗИДЗЛМП/окт.13).
- в) можноста за добивање на привремено одобрение за паралелен увоз со кое би можело да се учествува во јавни набавки и да се склучуваат договори (чл. 8, ЗИДЗЛМП/окт.13).
- г) се укина обврската на Агенцијата за лекови (чл. 9, ЗИДЗЛМП/окт.13), при паралелен увоз од страна на здравствена установа, да мора да даде одобрение врз основа на барање кон кое се приложува и доказ дека се исполнети сите услови од членот 80-в. Исто така, се менува и ставот 4 од членот 80-в (чл. 10, ЗИДЗЛМП/окт.13) при што обемената документација и податоци кои треба да се достават, предвидени со измената на ЗЛМП во 2012 година, се заменуваат со одредбата дека „меѓу лекот што е предмет на паралелен увоз и лекот што има одобрение за ставање во промет во Република Македонија може да постојат разлики во името на производителот, кога е различно името на производителот или е различна производната локација за двата лека, различен период на стабилност, односно рок на употреба и помошни супстанции, кога се различни за двата лека.“
- д) Исто така, се укина и обврската на веледрогериите и здравствените установи кои вршат препакување и/или означување на лекот на македонски јазик и неговото кирилско писмо на територијата на Република Македонија, да мора да имаат одобрение за производство за процесите кои ги извршува во Република Македонија (препакување и/или означување на лекот) издадено од Агенцијата за лекови (чл. 10, ЗИДЗЛМП/окт.13).
- ѓ) Аналогни законски измени се воведуваат и за медицинските помагала (чл. 14, ЗИДЗЛМП/окт.13).

Заедничко за сите овие измени е тоа што максимално ја олеснуваат и забрзуваат процедурата на паралелен увоз на лекови и отво-



раат простор за тектонски промени на пазарот на лекови. Истовремено, во подеднаква мерка ја отежнуваат и успоруваат контролата на квалитетот колку и што се увезува на овој начин.

Кога ќе се осврнеме на сето претходно, впечатокот е дека сите овие мерки ги обединува обидот на буржоаските власти да го натераат приватниот капитал да исполнува јавна цел (каква што несомнено е здравствената заштита општо и соодветното и квалитативно и количински снабдување со лекови посебно). Од друга страна, дел од тие мерки имаат за цел максимална либерализација на пазарот со лекови со намалувањето на цените поради поголемата понуда како парцијална цел (со растечки број на паралелни лекови за секоја генерика) – и веднаш до израз дојде несомерливоста на тие две тенденции (проблемот со инсулинот, случајот со Дифтекок вакцината против дифтерија, тетанус и голема кашлица итн.). Двете влади се разликуваа само според капиталот кој го форсираа (дали оној од локалните олигарси како оние на СДСМ или на белосветските капиталисти како оние на ВМРО ДПМНЕ) и што претежно жртвуваа на сметка на другото (високи цени – поконтролиран квалитет кај владите на СДСМ, пониски цени – понеконтролиран квалитет кај владите на ВМРО ДПМНЕ).

## 6. ЗАКОН ЗА ПРЕКИНУВАЊЕ НА БРЕМЕНОСТА

Во 2013 година беше донесен нов Закон за прекинување на бременоста, со кој се замени стариот Закон за прекинување на бременоста, што датираше од претходниот систем.<sup>43</sup> Новиот закон до крајот на 2014 година беше променет во два наврати при што не беа извршени промени во однос на правата на пациентите.

**Како главни скратување на правата може да се сметаат ограничувањето прекинот на бременоста на 10 недели од зачнувањето и на 1 годишно, обврската на малолетните мајки да имаат дозвола од родител или старател за прекин на бременост после 10 недела како и обврската да се има потврда од Центар за социјална работа за да може да биде извршен прекин на бременост повеќе од еднаш годишно врз основа на тешки семејно – социјални прилики.**

Донесувањето на новиот закон во 2013 година предизвика големи контроверзи во јавноста. Беше поднесена и иницијатива за оценка на уставноста на неколку негови члена до Уставниот суд, кој неа ја отфрли во октомври 2014 година (У. бр. 137/2013 од 8.10.2014). Самата проблематика на прекинување на бременоста има многу димензии – од онтолошки и религиозни до политички, социоекономски и чисто етички. Сепак, се чини дека, од аспект на правата на пациентите, може да се укажат некои недоречености

---

<sup>43</sup> Закон за прекинување на бременоста, Сл. весник на Р.М. бр. 87/13, 164/13 и 144/14. Закон за прекинување на бременоста, Сл. весник на СРМ, бр. 22/72, 18/76 и 15/95. Пре-чистен текст на Законот за прекинување на бременоста, Сл. весник на СРМ, бр. 19/77.

и недостатоци на новиот закон, без да навлегуваме во сите нив поединечно.

Прва проблематична одредба е ограничувањето на можноста да се изврши прекилот на бременоста на период од 10 недели од денот на зачнувањето (чл. 3). При тоа мора да изврши (и закаже пред тоа) ултрасонографски преглед (чл. 6 ст. 2) и советување (чл. 6 ст 3). Дури три дена после советувањето може да се премине кон извршување на интервенцијата. Доколку се изминати повеќе од 10 недели од зачнувањето или лекарот смета дека интервенцијата би имала било какви ризици по здравјето на жената, него мора да го одобри првостепенa комисија (чл. 7). Притоа, бремената жена треба да поднесе писмено барање до првостепената комисија. Ако таа е малолетна или лишена од деловна способност, барањето го поднесува, односно дава согласност за прекинување на бременоста, родителот, односно старателот на бремената жена (чл. 9).<sup>44</sup> Кон барањето за прекинување на бременоста се приложува медицинска и друга документација, и тоа: а) потврда од доктор специјалист по гинекологија и акушерство дека жената е бремена, дека е информирана за можните предности за продолжување на бременоста, како и за ризиците при спроведување, односно неспроведување на интервенцијата за прекинување на бременоста по здравјето и животот на жената, методите за вршење на прекинување на бременоста, како и дека е запознаена со можностите и методите за спречување на бременоста и б) наод и мислење од доктор специјалист по соодветна гранка на медицината во чија област спаѓа заболувањето на бремената жена, односно болеста на родителот во случаите од членот 4 став 1 алинеи 1 и 2 од овој закон, потврда од надлежниот јавен обвинител дека е покрената кривична постапка во случајот од членот 4 став 1 алинеја 3 од овој закон (обљуба, родосквернавање, силување), односно потврда од центарот за социјална работа или

---

<sup>44</sup> Доколку законски некомпетентен пациент може да направи разумна одлука, неговата/нејзината одлука мора да се почитува, и тој/таа има право да забрани разоткривање на информациите на неговиот/нејзиниот законски назначен застапник (Лисабонска декларација за правата на пациентот, 56).

од здравствената установа ако прекинувањето на бременоста се бара поради причините од членот 4 став 1 алинеја 4 од овој закон (тешки семејни, економски или социјални прилики) (чл. 9).

Првостепената комисија има рок од три дена (од оправдани причини може да се продолжи до седум) да одлучи за барањето (чл. 12). Ако е одбиено, може да поднесе барање кај второстепената комисија (најдоцна три дена по известувањето за одлуката од страна на првостепената комисија). Таа повторно одлучува во рок од три, најдоцна седум дена (чл. 12) и нејзината одлука е конечна (чл. 14). Сите овие рокови, сите овие писмени барања и документации, претходно и закажувањето и вршењето на ултрасонографски преглед – треба да ги заврши од моментот кога ќе ја открие бременоста. За малолетните, плус треба и дозвола од старателот. Сето тоа е фактички неизводливо, а ако не е неизводливо, тогаш целата процедура ја комплицира до максимум. Исто како во „Процес“ од Кафка, со таа разлика што таму цела бирократија и процедури постојат за Јозеф К. на крајот да умре, а оваа од Законот за прекин на бременоста за Јозеф К. да се роди.

Друг спорен момент е ограничувањето на бројот на абортуси на еден годишно (чл. 3 ст. 4). Се поставува прашањето околу потребата од ова ограничување. Доколку се земе предвид нискиот степен на користење на контрацепција, високата цена на чинење на повеќето видови на контрацепција како и занемарувањето од страна на извршната власт на кампањите за контрацепцијата како начин на планирање на семејството за сметка на грозоморните и манипулативни кампањи против абортусот, станува јасно дека оваа одредба е дискриминаторска.<sup>45</sup> Впрочем, останатите одредби од истиов закон веќе во доволна мерка го ограничуваат абортусот доколку претставува ризик за здравјето на мајката, па тоа не може да се користи како изговор за оваа рестрикција. Меѓу исклучоците на ова ограничување може да се најде, се чини, и скриената клас-

---

<sup>45</sup> Подетално во истражувањето на ХЕРА „Фактори кои влијаат врз употребата на контрацепцијата во Република Македонија“, [http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2012/02/faktori\\_kontracepcija1.pdf](http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2012/02/faktori_kontracepcija1.pdf)

но-идеолошка позадина на целиот закон. Имено, според член 4, меѓу случаите во кои може да се изврши прекин на бременоста после 10 недели како и повеќе од еднаш годишно се: ризик по животот на мајката, очекувани тешки телесни или душевни недостатоци кај детето, силување, инцест или полов напад на дете и тешки лични, семејни или материјални прилики за време или по породувањето за жената. Како тешки лични семејни материјални и други прилики од тој став се сметаат особено: потешко нарушените брачни и семејни односи, постоење на асоцијални појави во семејството, тешки станбени услови, материјална необезбеденост, нарушување на здравјето на членови на семејството и бројот на децата во семејството. За да се бара прекин на бременоста од првостепената комисија врз основа на овие состојби, во барањето мора да се достави и потврда од Центар за социјална работа или здравствената установа (според одредбите од чл. 9. ст. 3 т. 2). Значи, за материјална необезбеденост мора потврда да издаде Центарот за социјална работа. За безбројните земјоделци, или вработени со несигурно и слабо-платено работно место, со кои Центарот за социјална работа нема никаква работа, за овој закон се сосема нормална средина за одгледување деца кои нема да бидат лишени од ништо. Како креаторот на законот да не знае дека сиромаштијата и супстандардните услови на живот одамна излегоа надвор од центрите за социјална работа, па дури и агенциите за вработување. Дека имањето деца стана луксуз, како и многу други работи кои беа нормални и природни во социјализмот. Дека одвај платена работа која е доволна само за гол живот е сосема ненормален начин да се живее и подига семејство. Најмногу од децата кои овој закон би помогнал да се родат ги чека токму ова. И тоа е можеби главниот проблем.

За крај, ќе се осврнеме и на тврдењето дека новиот закон од 2013 година претставувал само осовременување на законските решенија од стариот закон од 1972 година. Чисто формално гледано, и да биле лоши решенијата на стариот закон власта требало нив да ги измени, па чудно е зошто тоа воопшто се користеше како аргумент во дебатата околу овој закон. Независно од тоа, во ЗПБ/72

експлицитно стои дека постапката за прекин на бременост е итна (чл. 4, ЗПБ/72, Пречистен текст). Бројот на абортуси и во стариот закон е ограничен на еден годишно (чл. 3, ЗПБ/72, Пречистен текст), а и исклучоците од ова ограничување се истите како и оние од важечкиот закон (силување, инцест, медицински докази за тешки малформации кај плодот и ризици по здравјето на мајката, како и тешки материјални, семејни и лични прилики кои би резултирале од породувањето). Временската граница во која може да се изврши прекин на бременоста останува 10 недели. Законот назначува дека тоа ограничување е во функција на заштита на здравјето на пациентката. Ако развојот на медицината од 1972 до денес овозможува безбедно прекинување на бременоста за време на целиот прв семестар, треба еден нов закон да ги инкорпорира овие современи знаења и практики. Според член 7 од ЗПБ/72, доколку во предвидениот рок неопходните прегледи не укажат на здравствени ризици и по советувањето со гинекологот жената остане при одлуката, непосредно се преминува кон извршување на интервенцијата. Со тоа, процедурата при овој најчест случај е неспоредливо поедноставна во споредба со новиот закон. Само во случај на надминување на рокот од 10 недели од зачнувањето, како и при постоењето на здравствени ризици, жената мора да упати барање до првостепена комисија и евентуална жалба до второстепена. И само во овој случај, како подносител на барањето или како давател на согласност се јавува родителот или старателот за малолетна жена или жена лишена од деловна способност (чл. 10 ст. 2, ЗПБ/72, Пречистен текст). Така, оние три дена кои треба да минат од советувањето и ултрасонографскиот преглед се навидум ситни промени во новиот закон од 2013 година, но во пракса прилично ја комплицираат и ја одолговлекуваат процедурата со оглед на законското ограничување на 10 недели.

## 7. ЗАКОН ЗА ЗЕМАЊЕ И ПРЕСАДУВАЊЕ НА ДЕЛОВИ ОД ЧОВЕЧКОТО ТЕЛО ЗАРАДИ ЛЕКУВАЊЕ

Во 1995 година беше донесен Законот за условите за земање, разменување, пренесување и пресадување делови од човековото тело заради лекување.<sup>46</sup> Овој закон никогаш не профункционира во потребниот обем, пред сè поради недоволно добриот механизам на земање на органи од потенцијалните донатори. Таквата ситуација мудро ја искористи парламентарното мнозинство предводено од ВМРО-ДМПНЕ за во 2011 година помпезно да го најави истиот закон, со мали измени, како оригинален.<sup>47</sup> Тоа беше период на огромен популизам кога министерот за здравство посетуваше здравствени установи, им ја објаснуваше преродбата на вработените како и воведувањето на новата апаратура која, за среќа, за дел од медицинскиот персонал беше позната од пред десет години или повеќе.

Идејата за носење на ваков закон кој ќе функционира и не е така нова т.е. години претходно, на пример, бубрежните болни кои зависат од центарот за дијализа, во кој условите се крајно лоши и истовремено голем е бројот на пациенти кои се позитивни на хепатитис Б, укажуваа за потребата на носење на ваков закон односно подобрување на веќе постоечкиот со цел да се создадат услови значително да се подобри нивната здравствена кондиција. За жал, сè уште голем дел од населението гледа со скептицизам

---

<sup>46</sup> Закон за условите за земање, разменување, пренесување и пресадување делови од човековото тело заради лекување, Сл. весник на СРМ. бр. 30/95 и 139/08.

<sup>47</sup> Закон за земање и пресадување на делови од човековото тело заради лекување, Сл. весник на СРМ. бр. 47/11, 136/11, 91/13, 164/13, 27/14, 112/14 и 144/14.

кон овој закон, дел поради верските догми кои се многу присутни на нашите простори, дел поради недоволна образование и сè тоа сумирано создава определена аверзија до ниво на страв дури и да се дискутира за оваа хумана мерка.

**Самото донесување на закон за трансплантација на делови од човеково тело во 1995 година беше важен чекор напред, иако имаше одредени недостатоци во механизмот на земање на органите и останати делови од човечкото тело. Така, во Македонија се отвори можност посебно за бубрежно болните, конечно да го решат нивниот огромен животозагрозувачки проблем, но и компликациите кои настануваат при користењето на хемодијализа, во преден план инфекциите од хепатитис Б. На страна од фалбите дека се воведуваат работи кои веќе беа воведени, новиот закон од 2011 година значеше унапредување на законската материја од оваа област со оглед на тоа што беше воведен регистар на потенцијални донатори кои пополнуваат изјава кај матичниот лекар дека, во случај на мозочна смрт,<sup>48</sup> делови и органи од нивното тело ќе можат да се користат за пресадување.**

## **7.1. ЗАКОН ЗА УСЛОВИТЕ ЗА ЗЕМАЊЕ, РАЗМЕНУВАЊЕ, ПРЕНЕСУВАЊЕ И ПРЕСАДУВАЊЕ НА ДЕЛОВИ ОД ЧОВЕКОВОТО ТЕЛО (1995)**

Во членот 3 од законскиот текст од 1995 година стои дека како делови од човековото тело што се земаат за пресадување заради лекување, се сметаат ткива, органи и клетки што претставуваат функционална целина ако:

1. се земени од умерено лице откако, врз основа на медицински критериуми и на пропишаниот начин, со сигурност е утврдено дека настапила смрт на тоа лице;

---

<sup>48</sup> Мозочна смрт е состојба кога не постои можност да се регистрира мозочна активност.



2. се земени од живо лице – давател кој претходно е известен за евентуалниот ризик по неговото здравје и ако дал доброволна согласност во писмена форма;
3. до пресадувањето се чувани под услови што ја спречуваат нивната квалитативна промена или злоупотреба;
4. е извршена обработка (типизација) кога совпаѓањето на ткивата е услов за успешно пресадување и
5. пред нивното пресадување е прибавена писмена согласност за евентуалниот ризик по здравјето на лицето за чие лекување ќе се користат.

Понатаму, од голема важност е и членот 6 кој се однесува на механизмот на добивањето односно земањето на органи од веќе починато лице. Во него стои дека делови од телото на умрено лице можат да се земаат заради пресадување, ако умереното лице, додека било живо, изречно не се противело. Ова изречно противење значи дека ако умереното лице додека било живо, писмено се изјаснило дека делови од неговото тело не сака да бидат користени за пресадување, истите не смеат да се користат. Со новиот закон од 2011 година, суштински се менува механизмот на земање на делови од човечкото тело. Така во членот 28 стои дека делови од телото од умрено лице заради пресадување може да се земат доколку лицето додека било живо писмено се изјаснило дека органи и ткива од неговото тело сака да бидат користени за пресадување, на образец на изјавата за согласување. Овој променет механизам носи две работи. Прво, со законот од 1995 година, секој пациент што немало да потполни изјава дека не сака неговите органи после смртта да бидат користени за пресадување, станувал потенцијален донатор. Со тоа се појавуваат огромен број на потенцијални донатори само што државата нема волја/механизам со кој би го материјализирала овој закон. Прв проблем кој би се јавил после смртта на човекот е што институциите задолжени за спроведување на законот немаат време да одлучуваат дали определен донор е подобен за определен примател на органот или пак не е под услов претходно да не добиле информации за начинот на живот на покојниот, за животните навики, медицинска историја која вклучува и фамилијарна исто-

рија итн. Вториот проблем е како институциите кои се задолжени за спроведување на овој закон би им соопштиле на фамилијата и пријателите на покојниот дека истиот не потполнил изјава со која не сака неговите органи да бидат донирани и да им се појават „на врата“ во моментот на тага и болка?! Во својата формулација од 1995 година оваа одредба од законот е повеќе утописка отколку реална и применлива. Во прилог на ова тврдење оди и членот 18 од ЗУЗРППДЧТ/95 во кој стои дека здравствените и други организации што вршат работи што се однесуваат на земање, обработка, разменување, пренесување, чување или пресадување на делови од човековото тело заради лекување во вршењето на тие работи имаат право на првенство во превозот на лица и пренесувањето на делови од човековото тело со сите превозни средства на јавниот сообраќај и право на првенство во соопштувањето на вести во средствата за јавно информирање. Во однос на оваа одредба се поставува прашањето дали доколку профункционирал овој закон, во терминот за вестите ќе можевме да слушнеме апел во кој се бара донатор за определен орган?! Со новиот закон од 2011 година се отвора можност тој да биде материјализиран точно поради промената на механизмот на земање на органи или ткива, поточно со водењето на т.н. регистар на потенцијални донатори.

Бидејќи овој закон треба да има алтруистички карактер, важно е да ги проследиме и казнените одредби кои следуваат во случај потенцијалниот донатор да биде воден од помислата за финансиска заработка. Така, во членот 26 од законот од 1995 година се предвидуваше казна затвор од 3 месеци до 3 години за она лице кое за каков и да било надоместок ќе даде дел од своето тело или дел од телото на друго живо или умрено лице заради пресадување или во тоа посредува. Ваквата одредба им овозможува на институциите преку законските механизми да се борат против секаков обид за создавање на бизнис со органи и истиот обид најстрого да се казнува.

Следен член од интерес е членот 29 кој се однесува на утврдените парични казни за здравствената организација која нема да ги почитува одредбите од законот. Така со парична казна од

четири до десет плати ќе се казни за прекршок здравствената организација ако:

1. по земањето на делови од телото на умрениот заради пресадување не изврши обдукција на умрениот;
2. во земањето и пресадувањето на дел од човековото тело учествува лекарот кој учествувал во лекувањето пред да настапи смртта или како член на комисијата учествувал во утврдувањето на смртта на лицето;
3. на давателот, односно на примателот на дел од човековото тело, пред почетокот на зафатот, не му даде објаснување за природата и целта на земањето и пресадувањето на делови од телото и за опасностите на кои се изложува давателот, односно примателот;
4. земање на дел од телото на живо, лице заради пренесување и пресадување на тој дел не заврши во иста здравствена организација, освен коскена срцевина;
5. земениот дел од човековото тело не го чува под посебни услови кои ја спречуваат неговата квалитативна промена;
6. врши земање, обработка, испитување за совпаѓање на ткивата, чување, разменување и пресадување на делови од човековото тело заради лекување, а не ги исполнува условите по однос на просторот, опремата и кадарот. Казнените одредби одат и до таму да се казнуваат и физичките односно правните лица кои се занимаваат со превоз односно јавно информирање. Така во членот 31 стои дека со парична казна од четири до десет плати, ќе се казни организацијата која превезува лица или предмети со превозни средства на јавниот сообраќај, ако на здравствената организација не ѝ обезбеди првенство при превозот на лица и при пренесувањето на делови од човековото тело за пресадување заради лекување.

Со единствената измена и дополнување на овој закон од 2008 година паричните казни изразени во месечни плати се заменуваат со фиксни суми кои варираат од 2.000-5.000 евра, а дополнително други суштински промени нема.

## **7.2. ЗАКОН ЗА ЗЕМАЊЕ И ПРЕСАДУВАЊЕ НА ДЕЛОВИ ОД ЧОВЕЧКОТО ТЕЛО ЗАРАДИ ЛЕКУВАЊЕ (2011)**

Донесувањето на нов закон за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување во 2011 година претставуваше уште еден важен исчекор во законската регулатива која се однесува на материјата на трансплантацијата. Што се однесува до одредбите на овој закон, од особена важност е да се посвети внимание на неколку негови членови. Така, во членот 4 во кој стои дека законот се заснова на начелата на солидарност, правичност, еднаков пристап и забрана на дискриминација, медицинска оправданост на земањето и пресадувањето на делови од човечкото тело, безбедност, автономија на личноста на дарителите и примателите на органи или ткива, како и начелото на совесност и чесност. Понатаму од важност е членот 7 во кој е дефиниран начинот на кој се даваат/пресадуваат веќе земените човечки делови. Во него стои дека земените делови од човечкото тело се даваат на примателите на начин на кој се обезбедува правична достапност на примателите од Националната листа на чекање и во согласност со транспарентни, објективни, етички и општоприфатени медицински критериуми. Овој член е особено важен бидејќи сите пациенти кои што имаат потреба од орган или ткиво би имале ист третман т.е. би фигурирале на националната листа на чекање, додека редоследот би бил оформен преку определени критериуми како: времетраење на медицинската состојба, возраст, тежина на медицинската состојба и друго. Повторно, за да се потенцира и зачува алтруистичкиот карактер на оваа мерка, многу важно е да се забрани примањето на парични средства. Затоа во членот 8 од новиот закон стои дека дарувањето делови од човечкото тело заради пресадување е доброволно и без надоместок, забрането е да се дава или прима паричен надоместок или каква било друга корист за дарување на делови од човечкото тело и како надоместок се смета и давањето на услуги или давањето на какви и да било погодности.

Следниот член 9 дефинира што не се смета како давање на надоместок односно корист. Истиот не постоеше во законот од 1995 година и е добро дополнување односно надоградување на законските одредби. Така, според членот 9, за надоместок не се смета:

1. надоместок на живи дарители за загубена заработувачка или кои било други оправдани трошоци предизвикани со земање делови од човечкото тело или трошоци поврзани со вршење на потребните здравствени прегледи и испитувања.
2. оправдан надоместок за потребните здравствени или технички услуги поврзани со пресадувањето.
3. надоместок во случај на штета која настапила како последица на земање делови од човечкото тело на жив дарител.
4. оправдани трошоци предизвикани со земање делови од човечкото тело од умрено лице или трошоци поврзани со дотогашното лекување на лицето и другите трошоци за испитувања поврзани со процена на квалитетот на деловите од човековото тело пред одлуката за земање.

Единствената забелешка по однос на овој член се однесува на т.н. „загубена заработувачка“. Со оглед на тоа што во Македонија класната раслоеност е најголема во цела Европа и во бившиот СССР<sup>49</sup> т.е. во ситуација кога менаџер зема месечна нето плата од 75.000 евра, додека многу работници со тешкотии врзуваат „крај со крај“ со плати под 200 евра, прашање е дали нема да се злоупотреби оваа одредба и оваа алтруистичка мерка нема да се претвори во бизнис на продажба на органи, каде сиромашните би биле донори додека богатите би биле приматели и како законско оправдување би се користел точно одредбата од членот 9 што се однесува на т.н. „загубена заработувачка“.

Важно е да се спомне членот 13 во кој се гарантира заштитата на податоците на донорот и на примателот на органот или ткивото,

---

<sup>49</sup> Здравко Савески, Артан Садику, Кире Василев „Богатството и сиромаштијата во Македонија 2008-2012“, Левичарско движење „Солидарност“, Скопје, 2013, 37 стр., [http://www.solidarnost.mk/wp-content/uploads/2014/09/studija\\_2008\\_2011.pdf](http://www.solidarnost.mk/wp-content/uploads/2014/09/studija_2008_2011.pdf)

како и должноста на медицинските установи да обезбедат заштита на сите лични, медицински и генетски податоци на донорот, освен ако постојат оправдани медицински причини.

Следен член од важност е членот 32 кој се однесува на овластената лабораторија која ги врши потребните имунолошки испитувања со цел утврдувањето на компатибилност помеѓу донаторот и примателот на органот или ткивото. Во него стои дека средствата за работата на лабораторијата се обезбедуваат од Буџетот на Република Македонија. Со постоењето на оваа одредба им се гарантираат на пациентите бесплатни имунолошки испитувања.

Казнените одредби од Законот за земање и пресадување на делови од човечкото тело се многу важен дел и многу важен механизам за контрола. Конкретно за овој закон тие казнени одредби или би го стимулирале алтруистичкиот карактер на мерката или во нивно отсуство би ги стимулирале корисниците и засегнатите страни да го кршат законот и со тоа оваа алтруистичка мерка да премине во нечовечен бизнис со човечки органи. Така, во членот 65 од ЗЗПДЧТЗЛ/11 стои дека оној што ќе нарача, набави, пренесе, превезе, складира и купи заради препродавање или продаде орган, ткиво или клетки од човечко тело за пресадување или посредува во наведените активности со цел за остварување на противправна имотна корист, ќе се казни со казна затвор од најмалку четири години. Казните стануваат поригорозни доколку клетките или ткивата наменети за пресадување, потекнуваат од малолетни лица. За тој престап казната е најмалку осум годни затвор. Единствен недостаток е ставот 3 во кој стои дека ако делото го изврши правно лице, ќе се казни само со парична казна! Самиот факт што за правно лице е предвидена само парична казна, а не и затворска казна за одговорните раководни лица, како што тоа е случај за физичките лица, остава простор оваа мерка да биде изиграна и да се претвори во легален бизнис со органи. Во членот 35 јасно стои дека со увоз или извоз на ткива може да се занимава само банка на ткива која за тоа има одобрение од министерот за здравство. Тоа значи дека сите останати физички или правни лица кои би се занимавале со нарачување, пренесување или купување на органи и

ткива, го прекршиле законот без разлика дали се работи за правно или физичко лице! Дополнително како аргумент тука можеме да ја видиме и одредбата од членот 35 став 2 точка 3, според која увозот на ткива ќе се дозволи ако банката за ткива нема на располагање соодветни ткива. Со оглед на тоа што е експлицитно пропишано кој може да врши извоз или увоз на ткива и кога може да се врши истото, се поставува прашањето: дали некој е заштитен со ставот 3 од членот 65?! За да биде иронијата поголема, не е дефинирана ни паричната казна која е пропишана за таков тежок престап на нелегална трговија со органи.

Од важност е и членот 72 во кој стои дека глоба во износ од 1.500 до 2.500 евра во денарска противвредност ќе му се изрече прекршок на физичко лице, ако дава или прима паричен надоместок или каква било друга корист за дарување на делови од човечкото тело. Оваа глоба е прилично ниска со оглед на тоа што има функција да го зачува алтруистичкиот карактер на оваа мерка. Ако цената на орган на црниот пазар се проценува дека се движи од 10.000 до 50.000 евра, лесно можеме да заклучиме дека можноста за злоупотреба е огромна.

## 8. ЗАКОН ЗА БИМЕДИЦИНСКО ПОТПОМОГНАТО ОПЛОДУВАЊЕ

Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување е донесен во 2008 година и има претрпено две измени, во 2013 и 2014 година.<sup>50</sup>

**Главно унапредување на правата претставува самата можност оваа скапа интервенција да биде достапна на пациентите на кои им е потребна. За главни скратувања може да се сметаат недавањето гаранции за работното место на сурогат – мајката и ограничувањето на правото на постхумно БПО само на машински криогенетски замрзнати полови клетки.**

Кога темата би дозволувала цинизам, коментарите кон Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување би биле дека ние без проблем ги згриживме родените, па сега им дојде ред и на народените. Индикативно е тоа дека за разлика од прилично рестриктивниот Закон за прекинување на бременоста (2013), овој закон би бил прилично либерален дури и за европски стандарди, доколку се изземат правата на хомосексуалните двојки, а и тоа не е инхерентен недостаток на овој закон, туку на оној за брак. Настрана проблемот дали изборот меѓу сите скапи и софистицирани медицински постапки токму биомедицински потпомогнатото оплодување (БПО) да биде покриено од ФЗО е чисто идеолошки (да се спречи изумирањето на нацијата, вклучително и да се оневозможи застојот во снабдувањето со евтина работна сила) што се поставува кога

---

<sup>50</sup> Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување, Сл. весник на Р.М. бр. 37/08, 164/13 и 149/14.



ќе се земе предвид оваа околност, треба да се одбележат неколку проблематични места кај овој закон.

Алогеничкото оплодување (оплодувањето со јајце-клетки или ембриони кои не се на двојката) се соочува со потенцијални проблеми во пронаоѓањето донори аналогни на оние опишани во Законот за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување, со оглед на забраната за медиумско огласување (чл. 26) и забраната за надоместок на донорите (чл. 8). Во најголема мерка тоа се однесува на забраната за сурогат мајчинство (чл. 27). Во насока на споменатата либералност на законот, со измената на законот од 2014 година (чл. 2, ЗИДЗБПО/14) истото се овозможува (терминот кој се употребува во законот е „гестациски носител“). Оваа одредба со себе повлекува цел куп други, главно етички недоумици (со кои медицински индикации смее да се пристапи кон оваа постапка, право на абортус на двојката, право на абортус на сурогат мајката, старателски статус на сурогат мајката во случај на смрт, спреченост или одземање на родителско право кај двојката итн.). Законските решенија за овие ситуации не можат да не бидат неконтроверзни и впечаток дека решенијата во овој закон овозможуваат регулација онолку колку што дозволува ваква, во етичка смисла, „сива“ зона. Но, неправдите во остатокот на општеството не можат да не си најдат пат во правната регулатива која се однесува на само еден сегмент од тоа општество. Во оваа смисла, треба да се одбележи одредбата од оваа измена и дополнување на законот (чл. 6 ст. 7, ЗИДЗБПО/14) според кој ниедно лице не смее на сурогат-мајката да ѝ ги надомести приходите поврзани со губењето на работното место за време на бременоста, освен ако специјална комисија не одлучи дека работата би носела ризик за плодот или за сурогат-мајката. Така, робовладетелските регулативи но и пракси од сферата на работните односи ги тангираат подеднакво и сурогат-мајките. Доволно да се обесхрабрат доста од и така ретките кои би сториле еден ваков хуман, алтруистички чин.

Во ЗБПО меѓу причините за БПО е наведено и пренесувањето на тешка наследна болест на плодот (чл. 3). Но, за оваа цел освен БПО оплодување мора на пациентите да им биде достапен и скапиот

генетски скрининг, па дури може да се каже дека за остварување на оваа цел тој е понеопходен од самото БПО. Тој воопшто не е покриен како постапка од страна на ФЗО (освен за пациенти со посебни потреби). Без него, некако морничаво делуваат некои одредби од законот, како на пример одредбата дека парот кој добил потомство преку сурогат мајчинство е обврзан да го преземе детето и доколку детето е родено со попреченост поради која има посебни потреби, а која не била откриена во текот на бременоста со стандардни медицински процедури (нов член 12-а, чл. 4, ЗИДЗБПО/14). Без него, БПО би претставувало само сегмент од сеопфатниот план за зголемување на наталитетот и оневозможување на застојот во снабдувањето со евтина работна рака.

Втор проблематичен сегмент е постхумното БПО (чл. 33 ст. 2, ЗБПО). Имено, во рок од една година по смртта на мажот е дозволено БПО со неговите донирани клетки. Прво, проблематично е што децата родени на овој начин немаат право на наследство. Кога ќе се земе фактот дека имаат само еден родител, оправдано е да се стравува за социјалната згриженост на овие деца. Второ, како премногу да се става акцент на правото на потомство, а како да се занемаруваат правата на самите деца кои би се родиле, поконкретно правото на родителска грижа. Се чинат апсурдни аргументациите за правото на детето да се роди – логично е правата на родените секогаш да имаат примат пред оние на неродените, настрана што е несфатливо како некој/нешто што не постои може да има било какви права или обврски. Трето, дискриминирачки е, кога веќе развојот на медицината дава техничка можност, да не се овозможи и постхумно оплодување на криогенетски замрзнати јајце клетки, особено со измените на законот кои дозволуваат сурогат мајчинство. И четврто, проблематично е временското ограничување на година по смртта на донорот на полови клетки. Имено, прашање е дали тоа време е доволно за брачниот другар или партнерот во

вонбрачната заедница да се соземе од шокот од загубата и рационално да донесе одлука околу оплодувањето.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Дејан Мицковиќ, „Постхумната репродукција и наследното право“, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, Vol. 61, No. 2, август 2011, [http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=100289](http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=100289)

## 9. ЗАКОН ЗА ГЕНЕТСКИ МОДИФИЦИРАНИ ОРГАНИЗМИ

Законот за генетски модифицирани организми е донесен во 2008 година<sup>52</sup> и има само едно дополние, кое е од чисто техничка природа (дека важат одредбите од Законот за инспекциски надзор).

**Самиот приватен карактер на ГМО истражувањата и приватната сопственост на ГМО патентите се сами по себе ризик за здравјето на пациентите. На страна оваа, да употребиме една синтагма од Јосиф Бродски „варварска иако вистинита перспектива“, главни скратувања на правата на пациентите се необврзноста на одлуките на стручните тела, како и неможноста јавноста да суспендира промет и користење на штетни или потенцијално штетни ГМО. Сепак, Законот содржи и некои битни заштитни механизми. Важно е дека при здобивање со нови информации за ризичноста или штетноста на даден ГМО, член 48 точка 4 му дозволува на органот на државната власт да ја укине дозволата за продажба или употреба. Член 50 пак, пропишува посебно означување на производите кои содржат ГМО. Со членот 61, пак, Владата се обврзува да дава извештај пред Собранието за: влијанието и делотворноста што постои од нивната употреба, потребата од дополнително правно регулирање, изводливоста на различни опции за натамошно унапредување на доследноста и на ефикасноста од нивната употреба, вклучително и примената на постапките за нивното одобрување што ги спроведуваат органите на државната управа, можноста да се користат регистрите на Европската комисија за ГМО и нивната примена во**

---

<sup>52</sup> Закон за генетски модифицирани организми, Сл. весник на Р.М. бр. 35/08 и 163/13.

**Република Македонија, праксата и искуството во примената на ГМО што се стекнува или има кај органите на државната управа во Република Македонија, вклучително и Комисијата за управување со ГМО и Научниот комитетот за ГМО, како и кај други научни и стручни тела, социјално-економските влијанија од употребата на ГМО, етичките прашања кои се појавиле или се разгледуваат во врска со употребата на ГМО, листа на одобрени употреби на ГМО и резиме на податоците содржани во Регистарот на ГМО и други релевантни прашања поврзани со ГМО.**

Со членот 8 од овој закон се предвидува обврска на субјектот, правното или физичкото лице кои вршат активности со ограничено користење на ГМО, намерно ослободување на ГМО во животната средина и пуштање на ГМО производи на пазар да ги надомести трошоците за отстранување на опасноста, трошоците за санација на последиците од штетните ефекти од управувањето со ГМО односно да платат надоместок соодветен на направената штета согласно со општите прописи за надоместок на штета. Специфично за оваа дејност е што последиците и штетните ефекти не секогаш се непосредно забележливи, а и често е доста комплицирано да се докаже дека потекнуваат баш од нив. Оттаму, вреди да се размисли дали е умесно за вака специфична материја да се користат општите прописи за надоместок на штета. Особено во еден корпоративен капитализам не знае човек да го најде крајот! Да замислиме една фармацевтска компанија корпоративно поврзана со секторот кој патентира ГМО. За нив, надоместокот за направените штети, дури и кога би се утврдил, би бил само инвестиција, и тоа многукратно исплатлива. Можеби вреди да се размисли одговорноста овде да биде кривична – не се казнува за штетата што ја направил одреден субјект, туку затоа што, свесен за опасноста, сепак се впуштил во употребата на ГМО без сите неопходни тестирања и проверки. Впрочем, целта на еден закон е и да ги одвраќа потенцијалните прекршители преку казнените одредби, а во ваков случај неизвесно е дали чисто материјални казни би биле соодветни за таа цел.

Во членот 12 се предвидува начинот и постапката за учество на јавноста во издавањето на дозволите за ограничено користење на

ГМО, за намерно ослободување на ГМО во животната средина, за пуштање на ГМО на пазар, како и на други информации поврзани со користењето на ГМО да ги пропишува министерот за заштита на животната средина. И само се препорачува, при издавање на дозволите за ограничено користење на ГМО, за намерно ослободување на ГМО во животната средина и/или за пуштање на ГМО производи на пазар, министерството за заштита на животната средина да ги земе предвид навремено доставените мислења и коментари. Индикативно е отсуството на одредба една одлука да се суспендира ако јавноста воопшто или стручната јавност посебно не се согласува. Но, од аспект на пациентите, ГМО е во стручна смисла многу специфична, а по своите последици по здравјето многу значајна материја. Сето тоа дава за право да се ограничи слободата за одлучување на државните органи и имплементирањето на мислењата на стручната јавност и самите пациенти да не зависи од нивната добра волја. Законот е доследен во одржувањето на, така да се каже, законската импотентност на стручната јавност и пациентите во однос на извршната моќ на државата. Така, во член 32 се наведува дека органите на државната управа, јавните установи и институции, научно-истражувачките установи, образовните институции, Комисијата за управување со ГМО, Научниот комитет за ГМО, вклучително и Македонската академија на науките и уметностите, како и релевантни научни и етички комитети кои дејствуваат во Р. Македонија се должни да соработуваат и да разменуваат информации кои се поврзани со оцената на ризикот од ГМО врз здравјето на луѓето и животната средина, сè со цел за употребата на ГМО и ГМО производи во Р. Македонија да се врши на начин со кој ќе се овозможи спречување и намалување на ризикот по здравјето на луѓето и животната средина. Но, веднаш потоа во истиот член се прецизира дека овие стручни тела се должни да го дадат своето мислење доколку министерството за заштита на животната средина во постапката за издавање на дозволите смета дека е потребно да оствари консултации со нив. За да се одлучи дали едно барање заради можните последици од употребата на тој даден ГМО треба да се проследи на разгледување

до сите научни институции спомнати во овој член, треба да се има научна компетентност рамна на нивната. Всушност, потребно е да се дадат посилни ингеренции на Научниот совет за ГМО но и на сите релевантни стручни здруженија и институции заедно со уште поголема транспарентност и контрола од страна на јавноста за секоја одлука поединечно која ја тангира оваа област. Членот 62 во кој се опишуваат ингеренциите на Комисијата за ГМО и членот 64 кој ги опишува ингеренциите на Научниот совет за ГМО им даваат само советодавна и мониторинг улога. Во оваа смисла, треба да се преразгледа и член 21 кој пропишува дека корисникот (односно, правното или физичкото лице кое е одговорно за ограниченото користење на ГМО) може, во нотификацијата за ограничено користење на ГМО, да назначи кои податоци претставуваат доверливи трговски или индустриски информации, податоци заштитени како интелектуална сопственост и/или се заштитени согласно со закон, со соодветно образложение. А, пак, министерството за заштита на животната средина, врз основа на консултации со корисникот, во рок од 15 дена од денот на приемот на нотификацијата, треба да одлучи кои податоци ќе се сметаат за доверливи коишто нема да бидат предмет на увид на јавноста. Консултациите за да се одлучи релевантноста на тие податоци за здравјето на населението треба да бидат меѓу државните органи и стручните тела, а не со корисникот. ГМО не се патент или стока како и сите други, и оттаму не може да бидат ни претприемништвото и трговијата со нив како и сите други. Штом е во прашање јавното здравје (како во овој случај), можеби вреди да се активира членот 55 од Уставот: „Слободата на пазарот и претприемништвото можат да се ограничат со закон единствено заради одбраната на Републиката, зачувувањето на природата, животната средина или здравјето на луѓето“. Тоа би значело, и овие информации исто да бидат дадени на увид на државниот орган и, поважно, на стручните тела. Некој ќе рече, тоа би ги дестимулирало приватните инвеститори во оваа област. Во однос на научните или „научните“ аргументи и приватно финансираните истражувања на компаниите за безбедноста на ГМО производителите кои ги патентираат или (сакаат да ги) продаваат, би одговориле со

цитат од дијалогот „Протагора“ од Платон“: „Но да не нè измами, другарче, софистот, фалејќи си ја стоката што ја продава, како што мамат тие со телесната храна, трговецот и бакалинот? Самите тие не ни знаат што стока донесуваат, ниту што е добро, а што е лошо за телото, а фалат сè што продаваат, и купувачите кои купуваат кај нив, и тие ништо не распознаваат, освен ако е некој од нив случајно стручен по гимнастика или лекар“.<sup>53</sup>

Внимание привлекуваат и првите два става од членот 42 со кој се определуваат случаите во кои се прави исклучок од обврската на нотификаторот за доставување на информации кон нотификацијата. Така, врз основа на резултатите од намерното ослободување на ГМО за коешто е добиена дозвола, како и врз основа на „суштинско и научно поткрепено образложение со кое се потврдува дека пуштањето на ГМО на пазар и нивното користење како производ или во производ, не претставува ризик по здравјето на луѓето и по животната средина“, нотификаторот (односно, лицето кое поднесува нотификација) може да побара од министерството за заштита на животната средина да не поднесе дел од информациите или сите информации определени согласно со членот 41 став 2 точки 3, 7 и 8 од овој закон. Понатаму во истиот член се допрецизира дека министерот за заштита на животната средина одлучува кои информации може да се изостават (повторно бирократ, а не научник). Да размислиме за формулацијата „суштинско и научно поткрепено образложение“. Современата епистемологија, особено преку делото на Попер, не би дозволила науката да се користи за да се оправда исклучокот од оваа обврска на нотификаторот. Имено, во секој момент е можно да се појави нов непознат факт кој би ја побил старата теорија или нова теорија која би ги објаснувала сите факти како и старата. Така, собирањето позитивни докази во прилог на докажувањето на вистинитоста на еден научен став е нешто што трае бесконечно. Напротив, доволно е да се најде еден факт кој му противречи за да се докаже неговата лажност. Така, својство на научните ставови е нивната побивливост, а не нивната

---

<sup>53</sup> Платон, „Дијалози“, „Култура“, Скопје, 1994, стр. 50.



доказливост.<sup>54</sup> Во нашиов случај, дотогашните истражувања не можат да докажат дека во иднина нема да се појават во специјални околности, врз одредени категории пациенти итн. нови непознати штетни ефекти. Единствено, врз база на еден и единствен случај, може да се докаже научно и суштински дека употребата на ГМО е штетна, а ниту еден број на случаи не е доволен за да биде докажано дека е безбедна. Не гледаме логика да се прават напори колку е можно повеќе да им се олеснуваат постапките за нотификација на приватните компании за област која бара голема стручност и внимателност и во која најмал пропуст може да има огромна штета врз здравјето на луѓето.

Има песна од Орбитал, „You lot“ во „Blue album“, каде на почеток е семплиран говор од драмата „Второ доаѓање“ од Расел Дејвис. Можеби нема подобар завршен коментар на оваа тема од тој говор: „Вие станувате богови. Има нов господар на создавањето, а тоа сте вие. Ја расплетивте ДНК и истовремено култивирате бактерии доволни да убијат сè живо. Мислите дека сте подготвени за толкава моќ? Подмолни копилиња. Само аздисувате со наука како деца со пиштоли и градите нов свет додека светот кој го имате се засмрдува... Налет со секој кој ви дава за право. Секогаш се најдува по некој. Ако го сакате местото на Господ, тогаш преземете ја одговорноста.“<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Karl Poper, „Logika naučnog otkrića“, „Nolit“, Beograd, 1973.

<sup>55</sup> Orbital, „You Lot“, <https://www.youtube.com/watch?v=wLK0IHrnk80>

# Прилог 1

## ПОТРОШУВАЧКА НА ЛЕКОВИ НА ТОВАР НА ФЗОМ

Кога станува збор за лековите на товар на ФЗО, треба да се прокоментира и начинот на кој се распределуваат средствата што, на овој или оној начин, се предвидени за таа намера. Табела која следи е извод од годишните извештаи на Фондот за потрошувачка на лекови<sup>56</sup>. Списокот не е конечен, но ги содржи повеќето најпознати и најкористени лекови и е доволен да демонстрира една постојана и засилувачка тенденција во буџетските политики на Фондот долги години наназад.

во денари

<b>ГЕНЕРИКА</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
алпразолам 0,25	8.073.560	8.215.099	7.804.648	7.879.203
алпразолам 0,5	16.563.957	17.830.640	16.966.612	16.790.359
амлодипин 10	11.698.996	11.733.300	12.196.658	12.657.156
атенолол 100	6.179.434	5.583.930	5.235.211	4.735.444
бромазепам 1,5	1.721.664	1.805.634	1.577.505	1.672.848
бромазепам 3	7.945.822	10.910.388	9.648.708	10.147.538
диазепам 2	7.316.937	10.017.369	10.959.371	11.575.798
диазепам 5	11.349.327	15.467.798	16.983.564	18.913.780
диклофенак 50	1.218.415	1.101.303	913.212	743.761
диклофенак 100	4.562.322	4.655.327	4.617.585	4.609.594
еналаприл 10	16.382.506	18.355.434	20.170.333	22.563.901
еналаприл 20	24.548.423	25.501.383	25.821.833	27.039.873

<sup>56</sup> Фонд за здравствено осигурување на Македонија, „Потрошувачка на лекови“, <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=CE3DA43F7BDF0348872DA1D09514764B>

<b>ГЕНЕРИКА</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
фуросемид 40	4.991.754	5.658.604	6.538.650	8.138.885
глибенкламид 5	10.582.973	10.101.241	9.344.138	8.608.276
хидрохлортиазид 25	12.073.997	14.474.656	16.212.752	18.889.180
лизиноприл 10	7.596.080	8.118.030	8.472.510	9.326.171
лизиноприл 20	14.774.053	15.211.923	15.236.424	16.030.120
лоратадин 10	3.765.398	3.966.923	3.912.892	4.149.087
ранитидин 150	16.567.703	18.503.851	18.558.091	19.582.561
<b>Вкупно</b>	<b>187.913.321</b>	<b>207.212.833</b>	<b>211.170.697</b>	<b>224.053.535</b>

Сумата од овој извод е околу 10% од вкупните средства на Фондот издадени за лекови во примарната здравствена заштита. За сите генерики во оваа табела износот кој го покрива осигурувањето е меѓу 20-50 денари. Значи, дури и за еден месец да требаат и по две до три пакувања од еден лек, дури и да требаат повеќе од овие лекови истовремено, тоа не претставуваат износи кои еден граѓанин не би можел да си ги дозволи и кога осигурувањето не би ги покривало. Но, на месечно ниво овие лекови се меѓу најчесто препишуваните, па со големиот број рецепти за нив се добиени овие високи суми. Табелата ја покажува и тенденцијата за зголемување на овие износи. Значи, имаме огромни средства кои Фондот ги одвојува за мали олеснувања на голем број луѓе. Сето тоа укажува на една популистичка политика во распределбата на средствата на Фондот. Дури, во Годишниот извештај за потрошувачка на лекови од 2014 зголемениот број на реализирани рецепти се поистоветува со подобра снабденост на осигурениците со лекови, без споредба меѓу структурата на дијагнози на пациентите и видовите на потрошени лекови.<sup>57</sup> Од друга страна, одредени категории на пациенти кои се помалубројни и имаат сериозни а поретки болести мора да одвојуваат огромни суми од својот месечен буџет за неопходните

<sup>57</sup> Годишен извештај 2014 – потрошувачка на лекови на рецепт од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ во примарната здравствена заштита, стр. 3, <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/lzvestaj%20za%20potrosuvacka%20na%20lekoviod%20PPLL%202014%20-%202021%2004%202015.pdf>

лекови. Често референтната цена на еден лек (износот кој Фондот го плаќа за секоја генерика) прилично се разликува од цената на чинење, па пациентот мора да ја доплаќа разликата, која често знае да надмине и 1.000 денари од пакување. Лек од таа генерика без доплата или нема, или има но без потребната ефикасност (пример се пациентите со Кронова болест, со цистична фиброза и др). Посебна категорија се лековите и помошните лековити средства во гинекологијата и акушерството. Впечаток е дека при терапиите таму не е некое големо олеснување статусот на осигурено лице кој го имаат пациентките, кога ќе се споредат типот на лекови кои таму се неопходни и се припишуваат од една, и оние кои се на позитивна листа на Фондот од друга страна. Потоа, оправданата борба на владата со неконтролираната употреба на антибиотици најмногу се ограничува на сферата на надградбата (јавни кампањи и казни за правните лица), но таа воопшто не ги користи своите ингеренции врз сферата во која, се чини, е коренот на овој проблем, имено, од една страна врз цената на тие лекови во малопродажба, а од друга страна врз ставањето на позитивната листа на лекови или препарати кои би биле противтежа на таа употреба на антибиотици (на пример, пробиотиците), повластена даночна стапка или субвенции на домашните производители на хербални препарати и сл. Сличен е случајот и со темелот на социјалната стабилност во Македонија – бензодиазепините и останатите лекови со дејство врз централниот нервен систем. И таму стратегијата за намалување на нивната (зло) употреба се состои во казнен систем за матичните лекари кои ги препишуваат (и, оправдано, на аптеките кои ги издаваат без неопходниот рецепт). Со системот на избран лекар, односот лекар – пациент се препокрива со односот давател на услуга – примател на услуга, кој во голема мерка го искривоколчува првиот однос и ја ограничува моќта на лекарите да влијаат врз искоренувањето на овие практики. Иако се за поздрав напорите на Владата после годините инерција и негрижа да се соочи со овие проблеми, впечаток е дека единствена методологија која ја употребува се „двете рачки на владетелот“ на кинескиот филозоф Хан Фај С од 3 век п.н.е.: „Во човековата природа постојат чувства на допаѓање и недопаѓање,

и оттука наградите и казните се делотворни. Кога наградите и казните се делотворни, можат да се воспостават забрани и наредби и начинот на владеење е комплетен“.<sup>58</sup> Очекувано, резултатите не може да се на задоволително ниво кога кон проблемите од материјално-општествената сфера се пристапува од чисто правен или образовен аспект.

---

<sup>58</sup> Фонг Јоу Луан, „Кратка историја на кинеската филозофија“, „Култура“, Скопје, 2003, стр. 225.

## ЗАКЛУЧОК

Сите досегашни влади крателе суштински права на пациентите, но освен тоа пациентите имале и определени проширувања на правата. Така, владите предводени од СДСМ донеле 7 поважни проширувања и 4 кратења на правата на пациентите, додека владите предводени од ВМРО-ДМПНЕ донеле 12 поважни проширувања на правата на пациентите и 21 кратења. Се разбира дека оваа оценка е направена според лично мислење на авторите, а како аргумент е земена важноста на определени права и истите бројки може да варираат според индивидуалната перцепција и квалитативната димензија која е различна кај секој читател. Некогаш е тешко, а можеби и неправилно да направите компарација на правата кои како категорија се квалитативни, а истите мора да се споредуваат квантитативно т.е. бројчано да се материјализираат и претстават во оваа студија. За некои промени си зедеме слобода да ја коментираме квалитативната големина и значење на промените и дополнително преку стилот на пишувањето на оваа студија оставивме простор и самиот читател активно да се вклучи во формирањето на негово лично мислење и став по однос на одредени прашања.

Сумарно, со преминот од социјалистичкиот модел кон либералниот, најголемото право кое го изгубиле пациентите е секако пристапното здравство – здравство за сите граѓани со минимум загарантирани услови, додека за сите останати кои сакаат подобри услови, да постои можност да доплатат и да користат подобри услови (соби за лекување со приватни тоалети, ТВ и др.). Денес оваа претходна формулација би значела дека доколку пациентот

сака подобри услови ќе мора да се лекува во приватна установа каде често ФЗОМ не ги покрива трошоците за лекување, а од друга страна јавните здравствени установи се оставени на забот на времето и едвај ги исполнуваат тие минимум критериуми за да ја вршат дејноста (ова не се однесува на сите здравствени установи, но постои солиден број од истите).

Следна негативна промена која не беше толку создадена од промената на моделот на уредување, колку што беше создадена од погрешните политики на водење на ФЗОМ е неправдата која им беше нанесена на цела генерација на работници кои уредно уплаќале во ФЗОМ и после промената на моделот се создаде ситуација да мора да доплаќаат за да добијат здравствена услуга. Иако често слушаме дека здравјето нема цена, денес, за жал, тоа здравје има цена. Калкулациите со човечките животи, посебно со оние лица кои треба да се лекуваат во странство е секојдневие. Приватната сопственост не признава други права освен оние на профитот, и јасно е дека здравството не може да биде исклучок од ова правило. Ова правило можеме да го видиме како веќе манифестирано во повеќе облици. Некои од нив се следниве:

- здравјето (здравствената заштита) во практиката повеќе не е уставно загарантирана категорија, туку услуга чие добивање зависи од финансиските можности на сите (претежно сиромашни) граѓани поединечно;
- сите медицински испитувања (на лекови, постапки и др.) се инвестиции на приватни фармацевтски компании и тука нема научни, туку чисто лукративни, профитски, финансиски цели. Ова можеме најдобро да го видиме кај фармацевтските компании во нивниот однос кон пациентите кои боледуваат од некое ретко заболување. Истите, ако немаат голем пазар, не инвестираат во пронаоѓање на нови решенија за малиот број на пациенти, бидејќи инвестицијата не им е исплатлива;
- либералните влади не го гледаат здравјето како самоцел и, аналогно на тоа, здравството го гледаат како пазарна категорија која е оставена да се развива (дегенерира) самостојно;

– во сегментот на рекламирањето се брише границата помеѓу вистината и рекламата и на тој начин граѓаните се оставени на милост и немилост на инвестициските планови на фармацевтските компании.

Здравјето повеќе не е право, туку услуга која мора да се наплати и да му донесе профит на оној кој ја дава. Слабеенето на регулаторната моќ на државата може да доведе и доведува до низа опасности кон колективното здравје. Најдобар пример е појавата на граѓански здруженија на пациенти кои се борат против задолжителната вакцинација. Правото на личен избор во оваа ситуација не смее да биде пред колективното здравје т.е. не смеат овие две категории да бидат во колизија. Денешниот просечен животен век не би бил можен без напредокот во медицината посебно во делот на вакцинацијата, но и во делот на лекувањето. Ова не е претпоставка, ова е научен факт! Ако за некои заболувања пред 20 години се знаеше малку, а од некои заболувања пред 90 години секој 9-ти болен од 10 болни починуваше, денес тоа не е случај. Сепак за некои луѓе теориите на заговор кои кружат посебно во делот на вакцинација (како вакцините предизвикувале стерилитет, како масоните ги пуштиле за да нè контролираат итн.) се посилни од нивното здравје, но и од здравјето на нивните деца. Целта на вакцинацијата не е ништо друго освен да ја спречи појавата на определени заболувања кои се одомаќинети кај човекот и неговиот живот, да ги намали трошоците кои би се појавиле за лекување на истото доколку не постои вакцинација како и да ја зачува продуктивноста на човекот. Кога зборуваме за зачувување на колективитетот не можеме, а да не спомнеме дека низ историјата се познати многу случаи каде со цел да се зачува колективитетот, цели градови биле изолирани за да се спаси здравото население. Тој принцип медицината го реплицира повторно и повторно низ историјата (кај инфективните заболувања), за денес да биде во колизија со одлуката на родителот кој не сака да го вакцинира своето дете. Тука се поставува прашањето дали желбата на еден родител треба да биде пред заштитата на колективитетот?! Второто прашање кое произлегува е каков ќе биде односот на ФЗО кон овие осигуреници



кои се одрекле од бенефитите на медицината и како ФЗО би се справил со болестите за кои не се планирани средства за лекување т.е. за истите се планирани вакцини.

Од друга страна позитивна промена е можноста на здруженијата на пациенти активно да бидат вклучени во креирањето на здравствените политики според нивните потреби (иако во доволна мера ова не е изразено), но не како здруженија за лобирање (како што е случајот денес), туку активно да бидат вклучени како рамноправни членови. Се разбира, подобрите дијагностичко-терапевтски можности кои се директен производ од целокупниот светски технолошки напредок не треба да се занемарат и тука е важно да се нотира дека и здравствените власти го следат тој чекор. Со воведувањето на единствени цени за сите лекови кои се препишуваат на лекарски рецепт се „скротија“ огромните маржи со кои лековите дотогаш се продавале. Исто така, со проектот за отворање аптеки во рурални и поретко населени подрачја беше направен обид, колку-толку, да се подведе приватниот сектор под општиот интерес. Со промената на моделот компаративно се донесени и голем број на превентивни програми за разни заболувања со што крајниот ефект би бил подобрување на здравствената кондиција на населението, што е една позитивна мерка.

Оваа студија е далеку од целосен приказ на целокупните состојби во здравствениот систем во Р.М. и без дополнителни анализи на сите учесници кои играат определена улога во здравствениот систем не е можно да се оформи целосната слика, ама за сметка на тоа успеавме да дадеме генерален приказ на состојбите и бирократските процедури како и фигурирањето на определени членови кои оставаат можност за злоупотреба, а кои се врзани директно за пациентите како крајни корисници на услугите од ФЗО и здравствените установи. Се надеваме дека оваа студија ќе најде поширока примена како кај осигурениците така и кај медицинските лица и сите останати практичари кои се занимаваат со проблематиката на здравствениот систем и здравствената заштита во Р.М.

## ПОЗИТИВНИ ПРОМЕНИ

1993 (СДСМ) - Војниците од Армијата на Р.М. добиваат право на основната здравствена заштита и право на основна здравствена заштита им се даде и на невработените лица, додека се пријавуваат кај организацијата надлежна за работите на вработувањето, ако немаат друг основ на осигурување (333).

1993 (СДСМ) - Додавање на систематски прегледи на децата, учениците и студентите како и мерки и активности за заштита на жените за време на бременоста, породувањето и леунството и на доенчињата во загарантираните права и утврдени потреби на општеството, мерки и активности за организирање и унапредување на крводарителството, обезбедување на трошоците за болни кои се третираат со дијализа, обезбедување на лекови за трансплантирани болни, обезбедување на цитостатици, инсулин и хормон за раст (333).

1993 (СДСМ) - Се дефинирани категориите кои се ослободени од учество со парични средства освен за лекување во странство како и за добивање на слушно помагало и на забно-технички и забно-протетички средства, протези, ортопедски и други помагала и средства (333).

1995 (СДСМ) - Осигурениците и членовите на нивните семејства добиваат право на надоместок на патните трошоци ако се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење, а кои се спроведуваат амбулантски (333).

1998 (СДСМ) - Забрана за рекламирање и на лекови кои се издаваат без лекарски рецепт (ЗЛПЛСМП) (укинато 2007)

2000 (ВМРО-ДПМНЕ) - Добивање на сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена (330).

2001 (ВМРО-ДПМНЕ) - Зголемување на казните за здравствената установа која нема да ги почитува правата на пациентите (330).

2001 (ВМРО-ДПМНЕ) - Зголемување на казните за работодавачите кои нема задолжително да ги осигураат вработените (330).

2003 (СДСМ) - Децата со посебни потреби се ослободени од учество при добивањето на здравствени услуги (330).

2005 (СДСМ) - Се обврзуваат правните лица коишто произведуваат или увезуваат тутунски производи кои содржат штетни материи по здравјето на населението, да плаќаат надоместок кој ќе се слева во Буџетот на Републиката (333).

2007 (ВМРО-ДПМНЕ) - Воведувањето на единствени цени на лековите и оневозможувањето дампинг (ЗЛМП)

2008 (ВМРО-ДПМНЕ) При здобивање со нови информации за ризичноста или штетноста на даден ГМО, овластување на органот на државната власт да ја укине дозволата за продажба или употреба (ЗГМО)

2008 (ВМРО-ДПМНЕ) - Формирање на мрежа за институции кај кои пациентите би можеле да се обратат при евентуално кршење на нивните права (ЗЗПП)

2008 (ВМРО-ДПМНЕ) - Можност за БПО оплодување покриено од ФЗО (ЗМБО)

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) – За здравствените услуги за одобрено лекување во странство осигуреното лице учествува со 200 евра наместо со 20% од сумата за лекување (330)

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Снабденост со лекови во период до два месеци во случај на ликвидација, стечај, застој или прекин во производството (ЗЛМП)

2013 (ВМРО-ДПМНЕ) - Враќање на паричните трошоци кои пациентот ги имал заради нереализирање на закажаниот термин/ преглед поради неможност да се реализира од која било причина поврзана со здравствената установа (330)

2014 (ВМРО-ДПМНЕ) – Наменување на дел од акцизата на цигарите (конкретно, 0,053 денари по парче цигара) за набавка на лекови за лицата кои боледуваат од ретко заболување (330).

2014 (ВМРО-ДПМНЕ) – Воведување обврска за сите правни лица кои имаат две или повеќе аптеки и на сите синџири од аптеки да отворат аптека во поретко населените рурални средини каде што ги нема (ЗЛМП).

## **НЕГАТИВНИ ПРОМЕНИ**

1993 (СДСМ) - Бришење на правото на осигуреникот кој користи специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита без упат надвор од Републиката, Фондот за здравствено осигурување да ги поднесува трошоците до висината на утврдената цена, а разликата во цените на здравствените услуги и патните и дневните трошоци да ги поднесува осигуреникот (333).

1993 (СДСМ) - Осигуреникот и членовите на неговото семејство учествуваат со лични средства во цената на протезите, ортопедските и други помагала и средства изработени од стандарден материјал и тоа 20% од цената на слушно помагало и на забно-технички и забно-протетички средства и 50% од цената на сите други протези, ортопедски и други помагала и средства (претходно за истите не се доплаќаше) (333).

2000 (ВМРО-ДПМНЕ) - Бришење од категоријата осигуреници на лицата на кои им е признато својството на цивилен инвалид од војната и на лицата на школување, стручно оспособување и усовршување или постдипломски студии во земјата и странство, кои поради тоа го прекинале работниот однос, ако за тоа време примаат стипендија и лицата кои организацијата пред засновање на работен однос ќе ги упати како свои стипендисти на практична работа во друга организација заради стручно оспособување или усовршување (330).

2005 (СДСМ) – Воведување одредба според која ако осигуреникот користи основни здравствени услуги во здравствена установа со која ФЗО нема склучено договор, трошоците ги плаќа осигуреникот (ЗЗО).

2005 (СДСМ) – При постапката за утврдување на инвалидноста се лимитира правото на надоместок на плата на 60 денови, без разлика дали оваа постапка ќе трае подолго и со тоа осигуреникот може да биде изложен на социјален ризик (невработен, инвалид и дополнително не прима надоместок на плата) (ЗЗО).

2007 (ВМРО-ДПМНЕ) - Укинување на Националната лабораторија за испитување на контрола и квалитет на лековите (ЗЛМП)

2008 (ВМРО-ДПМНЕ) - Неможност за постхумно БПО со женски криогенетски замрзнати клетки (ЗМБО)

2008 (ВМРО-ДПМНЕ) - Немањето на институционална можност на здруженијата на пациенти да имаат влијание врз донесувањето на листата на есенцијални лекови како и на листата на лекови, медицински помагала и интервенции на товар на ФЗО (ЗЗПП)

2008-2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Додавање на рестриктивни елементи при остварување на правото за лекување во странство (ЗЗО)

2009 (ВМРО-ДПМНЕ) - Губење на задолжителното осигурување на членовите на семејството на осигуреник кој се наоѓа на задолжителна воена служба во Армијата на Р.М. за времето додека примаат материјално обезбедување (иако задолжителната служба е укината, сè уште постои доброволна воена служба) (ЗЗО).

2009 (ВМРО-ДПМНЕ) - Додавање на дијагностички минимум и дополнителни прегледи како рестриктивни елементи во остварувањето на правото за боледување (ЗЗО).

2009 (ВМРО-ДПМНЕ) - Укинување на казната за работодавачите кои ќе уплатат плата, а нема да уплатат задолжително здравствено осигурување (ЗЗО).

2010 (ВМРО-ДПМНЕ) - Припадниците на монашките и други верски редови се избришани од категоријата на осигуреници (330).

2011 (ВМРО-ДПМНЕ) - Додавање на рестриктивен услов во остварувањето на право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства дека здравственото осигурување мора да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување (330).

2011 (ВМРО-ДПМНЕ) - Максимално бирократизирање на постапките за остварување на права од здравствената заштита, конкретно правото на лекување во странство и постапката за одлучување по однос на некое барање од граѓаните (осигуреници и неосигурени лица) (330).

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Губење на задолжително осигурување на државјанин на Р.М. кој прима пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на Републиката (330).

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Борбата за превенција од СИДА, бруцелоза и туберкулоза е симната од приоритетите (333).

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Воведување на приправност во итната медицинска помош (333).

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Со задолжително здравствено осигурување не се опфатени здравствените услуги извршени во здравствени установи кои се надвор од мрежата на здравствени установи, во која се врши здравствената дејност како и специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар освен правата кои произлегуваат од областа на работните односи (330).

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Непокривање на трошоците од страна на ФЗО на здравствените услуги користени спротивно на утврдениот временски редослед во Листата на чекање утврдена од страна на

здравствената установа и на здравствените услуги извршени како дополнителна дејност на здравствените работници (ЗЗО).

2012 (ВМРО-ДПМНЕ) - Работодавачот може да формира медицинска комисија која е овластена да изврши преиспитување на оцената за привремена спреченост за работа со медицински преглед на осигуреникот и проверка на документацијата за периодот кога надоместокот на плата го исплатува работодавачот (ЗЗО).

2013 (ВМРО-ДПМНЕ) - Отежнување на процедурата за прекинување на бременоста (ЗПБ).

2013 (ВМРО-ДПМНЕ) - Обврска за согласност на родител старател за прекин на бременоста од страна на малолетно лице по истекот на 10 недела од зачнувањето (ЗПБ)

2014 (ВМРО-ДПМНЕ) - Непредвидување никакви гаранции и надоместоци околу губењето на работното место за сурогат мајката (СМБО)

2014 (ВМРО-ДПМНЕ) - Можност правно лице кое е регистрирано и врши промет на големо и промет на мало со храна, пијалаци и тутун и/или е регистрирано и врши трговија на мало со нафтени деривати на бензински станици да врши продажба и интервентен увоз на лекови кои се издаваат без рецепт (ЗЛМП).

Покрај оваа листа на намалувања на правата на пациентите, вреди да се спомнат уште две намалувања на правата на пациентите, до кои дојде главно преку промени на други закони, иако вклучуваа и промени во ЗЗО. Станува збор за ограничувањето на правото на сини картони само на оние невработени лица чии семејства имаат приходи под одредено ниво, до кое дојде во 2011 година, и за воведувањето обврска во 2014 година за лицата кои работат за хонорар да уплаќаат придонеси за социјално осигурување, а со што дојде до отежнување на стекнувањето право на здравствено осигурување за овие лица во практиката. И двете промени се направени од страна на ВМРО-ДПМНЕ.

За крај, може кратко да се констатира дека на политички план, правата на пациентите донекаде се унапредија со давањето на институционална рамка преку ЗЗПП, но сепак отсуствува конкретна извршна моќ на телата чие формирање овој закон го предвидува. Што се однесува до другите две нивоа споменати во воведот, формално – законското и материјално – конкретното, состојбата се покажа далеку позаплеткана и не дозволува едноставен или еднозначен одговор.

Конечната состојба со правата на пациентите може да се сведе на три главни пункта. Првиот е надвор од тематската рамка на оваа студија, но е опфатен со друга – сиромаштијата и нискиот стандард приватното здравство го претвораат во привилегија за малкумина. Оттаму, за огромното мнозинство достапните здравствени услуги се здравствените услуги покриени од здравственото осигурување. Втор пункт е остварувањето на правото на здравствено осигурување. На овој план покрај бирократските голготи опишани во делот за ЗЗО сепак има и определени обиди да се обезбеди редовно исплаќање на придонесите за здравствено осигурување и со тоа, колку толку, сигурен статус на осигурените лица. Трет пункт се здравствените услуги кои се добиваат кога веќе е стекнат тој статус на осигуреник. На овој план може да се констатира генерална тенденција на намалувања и рестрикции како на обемот на услуги, така и на нивниот квалитет. Воведувањето на концептот за „доплата“ всушност значеше распределба на финансискиот товар за услугите меѓу Фондот и осигуреникот кој дотогаш плаќал придонеси. Иако се прават обиди да се зголемат достапноста (систем на матични лекари, електронско закажување на термини за специјалистички прегледи, отворање на аптеки во ретконаселени рурални подрачја, ноќни дежурства на аптеките, овозможување на БПО) и квалитетот на здравствените услуги (преку техничко од осовременување на јавните здравствени установи), сепак промената на моделот на финансирање (секоја организација самостојно наместо директно од буџетот) не секогаш помина без последици врз нивото на здравствени услуги (доволен пример е прилепската болница). Всушност, видливо е настојувањето на државата здравствената заштита како



јавна дејност да ја предаде на приватниот сектор, па преку договорите со него да осигура некаков баланс меѓу нивниот интерес за профит од една, и интересите на пациентите (осигурениците) од друга страна. Така, имаме пациенти кои немаат да платат, држава која гледа колку може и каде може да не плати или да плати што помалку и приватни здравствени установи кои единствено ги интересира да им се плати што повеќе. Хегелијански, би можело да се рече дека имаме противречност меѓу суштината и појавата на целиот систем – приватни здравствени установи кои мора да вршат јавна дејност и притоа мора да остваруваат профит, додека главниот купувач на здравствени услуги (самата законска измена со која Фондот стана купувач на здравствени услуги можеби во зародиш ги содржи сите подоцнежни компликации и проблеми) гледа да плати колку што може помалку и дел од своите обврски да ги пренесе врз осигурениците (преку „доплатата“) и приватните здравствени установи (преку драконските казни одредби во договорите со нив). Како и сите мутанти, и овој „систем“ може во дадено место да опстои одредено време, но не може да се саморепродуцира. А пациентите се единствените кои ги трпат настраностите на ова чудовиште. Се чини, тоа е една базична аномалија која ги поткопува сите обиди на законодавецот преку парцијални законски решенија да постигне трајни и долгорочни бенефити.

Или здравјето на пациентите е на прво место и сите услуги или лекови за кои е можно да се јави потреба мора да бидат на лагер во секое време, без оглед можните материјални загуби што тој пристап би ги донел (здравје како вредност само по себе), или е битен профитот кој подразбира препуштање на самите себе на оние кои не можат да платат или чие лекување чини премногу скапо (здравје како услуга и пазарна категорија). Да се вратиме на загубите доколку би се искористил овој принцип на работа. За некои болести или состојби, на пример, Diabetes mellitus не би се очекувало дека лековите кои ќе се набават не би биле искористени или би продуцирале загуби бидејќи нема осигуреникот да се „излекува“ па да престане да го користи лекот. Истиот принцип може да се искористи и за многу други болести и медицински состојби при

што статистичката грешка при проекциите би била многу мала, а со тоа и „загубите“ кои би се продуцирале би биле многу мали. Или пациентите ви се на прво место, или слободата на пазарот. Како што е запишано и во Новиот завет:

„Ниеден слуга не може да им служи на двајца господари; зашто, или едниот ќе го замрази, а другиот ќе го засака, или на едниот ќе му угоди, а другиот ќе го презре. Не можете да служите на Бога и на Мамона.“ Сето тоа го слушаа фарисеите, што беа среброљупци, и Му се потсмеваа (Лука, 16,13 – 14).

