



СИТЕ СМЕ ЛУЃЕ: СЕКОМУ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА БЕЗ РАЗЛИКА НА ЕТНИЧКАТА ПРИПАДНОСТ

СОСТОЈБИТЕ ВО ОДНОС НА ЗДРАВЈЕТО, ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА И ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ПОМЕЃУ РОМИТЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА



СИТЕ СМЕ ЛУЃЕ: СЕКОМУ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА БЕЗ РАЗЛИКА НА ЕТНИЧКАТА ПРИПАДНОСТ

Состојбите во однос на здравјето, здравствената заштита и правото на здравје помеѓу Ромите во Република Македонија

Издава:

Фондација Отворено општество – Македонија

За издавачот:

Владимир Милчин, Извршен директор

Автори на истражувањето:

Борјан Павловски
Дарко Антиќ
Јасминка Фришчиќ
Марија Гелевска
Стојан Мишев
Блашко Касапинов

Лектура:

Катица Трајкова

Ликовно – графичко обликување:

Бригада дизајн

Печати:

БАТО & ДИВАЈН

Тираж:

500

Бесплатен/некомерцијален примерок

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

364.69:342.724(=214.58:497.7)

СИТЕ сме луѓе : секому здравствена заштита без разлика на етничката припадност : состојбите во однос на здравјето, здравствената заштита и правото на здравје помеѓу Ромите во Република Македонија / [автори на истражувањето Борјан Павловски ... и др.]. - Скопје : Фондација Отворено општество - Македонија, 2014. - 94, 94 стр. : илустр. ; 25x21 см

Насл. стр. на припечатениот текст: We are all human : health care for all people regardless of their ethnicity : health status, health care and the right to health among Roma people in the Republic of Macedonia. - Обата текста меѓусебно печатени во обратни насоки. - Текст на мак. и англ. јазик. - Библиографија: стр. 91-93. - Содржи и: Анекс

ISBN 978-608-218-201-8

1. Павловски, Борјан [автор]
а) Роми во Македонија - Право на здравствена заштита
COBISS.MK-ID 96311562

БЛАГОДАРНОСТ

Фондацијата Отворено општество-Македонија им изразува благодарност на сите лица што активно се вклучија во подготовка на оваа студија која ги содржи резултатите од спроведената анализа и теренското истражување за состојбите во однос на здравјето, здравствената заштита и правото на здравје помеѓу Ромите во Република Македонија.

Особена благодарност му изразуваме на Здружението за еманципација, солидарност и еднаквост на жените-ЕСЕ, носители на истражувањето и подготовката на студијата насловена како „Сите сме луѓе: Секому здравствена заштита без разлика на етничката припадност“.

Во оваа прилика би сакале да се заблагодариме на надворешните стручни соработници д-р Блашко Касапинов, проф. д-р Елена Косевска и проф. д-р Аница Драговиќ кои му помогнаа на ЕСЕ во спроведување на теренското истражување и подготовката на студијата.

Особена благодарност им изразуваме и на граѓанските ромски организации, пред сè на НВО КХАМ - Делчево и Центарот за демократски развој и иницијативи – ЦДРИМ од Шуто Оризари, кои покрај тоа што обезбедија анкетари за теренското истражување, помогнаа и при имплементација на дискусиите во фокус-групите во општините Делчево и Шуто Оризари. Благодарност им изразуваме и на другите ромски граѓански организации, кои идентификуваа анкетари што го спроведоа теренското истражување помеѓу ромското население и тоа: Здружението на просветни работници и заштита на правата на жените и децата – ЛИЛ од Скопје, Ромската асоцијација за мултикултурна афирмација – РОМА С.О.С од Прилеп, Националниот ромски центар – НРЦ од Куманово и Баирска Светлина од Битола.

Голема благодарност упатуваме и до сите анкетари што го спроведоа истражувањето на терен, помеѓу кои имаше припадници на граѓански организации, доктори од Институтот за јавно здравје и Центрите за јавно здравје, како и доктори од другите здравствени установи (листата на анкетари е дадена во АНЕКС 5).

Голема благодарност и до сите граѓани што одговорија на анкетните прашалници и што учествуваа во дискусиите во фокус-групите и чии вредни податоци послужија при анализата и подготовката на истражувањето.

ЛИСТА НА СКРАТЕНИЦИ

БДП

Бруто домашен производ

ЕКСП

Европски комитет за социјални права

ЕКЧП

Европска конвенција за човековите права и основни слободи

ЕСЕ

Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ

КМ

Километар

КЕРД

Конвенција за елиминирање на сите форми на расна дискриминација

КЕДЖ

Конвенција за елиминирање на сите форми на дискриминација на жената

МЗ

Министерство за здравство

МПЕСКП

Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права

НАП

Национален акционен план

НВО

Невладина организација

ОБСЕ

Организација за безбедност и соработка во Европа

ОН

Обединети нации

ПАП

Папаниколау брис

РМ

Република Македонија

СЗО

Светска здравствена организација

СИДА

Синдром на стекната имунодефициенција

СПИ

Сексуално преносливи инфекции

УПР

Универзален периодичен преглед

ФЗОМ

Фонд за здравствено осигурување на Македонија

ХИВ

Хуман имунодефициентен вирус

СОДРЖИНА

ЛИСТА НА СКРАТЕНИЦИ	4
РЕЗИМЕ	7
I. МЕЃУНАРОДНА И РЕГИОНАЛНА ПРАВНА РАМКА ЗА ЗАШТИТА НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ	11
II. УСТАВНА И ЗАКОНСКА РАМКА	18
III. ЗДРАВСТВЕНАТА СТРАТЕГИЈА 2020 И АКЦИОНИТЕ ПЛАНОВИ ЗА ЗДРАВСТВО НА РМ	21
IV. ВКЛУЧУВАЊЕ НА ГРАЃАНИТЕ ПРИ ПОДГОТОВКА И СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ ПОЛИТИКИ	25
V. ФИНАНСИРАЊЕ ВО ЗДРАВСТВОТО	27
VI. СРЕДСТВА ВО ЈАВНИОТ БУЏЕТ ЗА ЗДРАВСТВО ОБЕЗБЕДЕНИ ОД НАДВОРЕШНИ ИЗВОРИ	32
VII. СОЦИОЕКОНОМСКИ ФАКТОРИ КАКО СОЦИЈАЛНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЈЕТО	34
VIII. ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА	36
IX. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	38
X. ПРАВА НА ПАЦИЕНТИТЕ	43
XI. ПРИСТАП ДО ЛЕКОВИ	49
XII. ПРИСТАП ДО ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ ЗА ЗДРАВЈЕТО НА ЖЕНИТЕ	52
XIII. ДИСКРИМИНАЦИЈА	56
АНЕКС 1 – ГРАФИКОНИ	60
АНЕКС 2 – ТАБЕЛИ	78
АНЕКС 3 – ДИЗАЈНИРАЊЕ НА ПРИМЕРОКОТ ЗА ТЕРЕНСКОТО ИСТРАЖУВАЊЕ	85
АНЕКС 4 – РАТИФИКУВАНИ МЕЃУНАРОДНИ И РЕГИОНАЛНИ ДОКУМЕНТИ ОД СТРАНА НА РМ	89
АНЕКС 5 – ЛИСТА НА АНКЕТАРИ ШТО ГО СПРОВЕДОА ТЕРЕНСКОТО ИСТРАЖУВАЊЕ	90
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	91



РЕЗИМЕ

Потребата од подготовка на основна студија за здравствената состојба на ромското население, здравствените детерминанти и пристапот до здравствената заштита, почитувањето на човековите права во здравствената заштита и усогласеноста на домашното законодавство со меѓународно утврдените стандарди за почитување и спроведување на здравствените права, произлезе од недостатокот на овие релевантни податоци.

Ромското малцинство во РМ е маргинализирано по повеќе основи и живее во понеповолни социоекономски услови за разлика од другото население. Непостоењето на здравствена статистика сегрегирана по национална припадност, како и недостигот на истражувања спроведени од страна на државните институции, резултираше со состојба каде што податоците за овие состојби помеѓу ромското население се црпат од поединечни сознанија добиени на терен и делумни истражувања (по обем и предмет) на граѓанските организации. Поради тоа Здружението ЕСЕ, со поддршка на Фондацијата Отворено општество – Македонија и Фондациите Отворено општество – Њујорк, пристапи кон подготовка на основна студија за ромското здравје што ќе овозможи обезбедување на податоци врз основа на кои во иднина ќе можат да се следат и да се споредуваат состојбите во однос на прашањето за ромското население во Република Македонија.

Основната студија се заснова на податоци добиени преку преглед и анализа на достапни релевантни документи, како и спроведено теренско истражување на примерок од ромско население и население од другите етнички групи што живеат во близина на ромското население.

Прегледот и анализата на достапните релевантни документи ги вклучи следниве документи: Уставот на РМ, закони, подзаконски акти, стратегии, програми, меѓународни документи и други секундарни извори (анализи, извештаи и сл.). Подготвената анализа од овој процес има за цел да ја потенцира потребата од усогласување со меѓународно утврдените стандарди за човекови права, односно стандардите во однос на уживање и спроведување на здравствените права гарантирани со меѓународните инструменти, како и потребата од спроведување на здравствените права мерено со помош на релевантно утврдени индикатори.

Правото на уживање на највисок достапен стандард на физичко и ментално здравје е разгледувано од аспект на неговото регулирање во меѓународните, односно регионалните документи за човековите права, како и од аспект на усогласеноста на домашното законодавство со меѓународните стандарди на ова поле. Воедно, во студијата е даден преглед на извештаите доставени од страна на нашата држава до меѓународните договорни тела одговорни за спроведување на прашањата поврзани со здравствените права и нивните заклучни согледувања и препораки за натамошно унапредување на состојбите.

Контекстуално релевантните индикатори за мерење на степенот на спроведување на здравствените права за потребите на оваа анализа беа утврдени врз основа на повеќе документи, односно врз основа на Прирачникот за мерење и спроведување на човековите права на Високиот комесар за човекови права на Обединетите нации, 2012 г.; Извештајот на специјалниот известувач за правото на највисоко достапен стандард за здравје, 2005 г. и Здравствени системи и правото на здравје: проценка на 194 земји на Нордиската школа за јавно здравје, 2008 г.

Во подготовка на студијата користевме различни видови на индикатори (структурни, процесни индикатори и индикатори на ниво на резултати) во однос на повеќе прашања што соодветствуваат со севкупниот контекст, здравствените политики и потреби во РМ. Воедно, при користењето на овие индикатори се земаа предвид политиките и состојбите во однос на остварување на здравствените права од страна на ромската популација.

Низа индикатори по следниве прашања беа користени во подготовката на оваа анализа:

- » преземени обврски со меѓународни и регионални документи за човековите права;
- » уставна и законска рамка;
- » стратегии и акциони планови за здравство на РМ;
- » вклучување на граѓаните при подготовка и спроведување на здравствените политики;
- » финансирање на здравството;
- » меѓународна помош и соработка;
- » заштита на правата на пациентите и други механизми за заштита;
- » пристап до лекови;
- » дискриминација.

Теренското истражување комплементарно се надополнува со анализата на релевантните документи и има за цел да ја прикаже реалната состојба во однос на следниве области: здравствената состојба на ромската заедница, пристапот до здравствената заштита и состојба во однос на почитување на здравствените права на Ромите. Сите овие параметри кај ромското население беа анализирани во споредба со состојбите кај населението од другите етнички групи што живее во близина на ромските населби. Со цел

да се соберат потребните податоци предвидени со истражувањето беше дизајниран анкетен прашалник за населението. Прашалникот се состоеше од 119 прашања поделени во следниве еднаесет тематски целини: популациони, демографски и социоекономски прашања; самопријавена здравствена состојба; покриеност со здравствени услуги во примарната здравствена заштита; специјалистичко-консултативна здравствена заштита; болничка здравствена заштита; самопријавена здравствена состојба, акутни и хронични здравствени проблеми; пристап до лекови; права на пациентите; превентивни прегледи за репродуктивно здравје кај жените; бременост и породување; здравствени услуги од страна на патронажната служба. Теренското истражување беше спроведено на примерок од испитаници Роми (691 испитаник) и испитаници од другите етнички групи (609 испитаници) од 10 општини во РМ каде што живее мнозинство Роми. Деталите за примерокот за теренското истражување се дадени во АНЕКС 3.

Потребните податоци беа собрани преку индивидуални интервјуа со населението, преку подготвените прашалници, а според дадениот примерок за истражување. Исто така при теренското истражување беа спроведени одвоени дискусии во фокус-групи со Роми и со Македонци во општините Шуто Оризари и Делчево. Дискусиите беа водени преку подготвени прашалници за таа намена.

Сите параметри од теренското истражување беа анализирани преку споредување на добиените податоци од ромската популација со податоците добиени од другото население што живее во близина на ромските населби. Оваа споредба беше направена со цел да се утврди до кој степен постои разлика во состојбите помеѓу Ромите и другото население што живее во нивна близина.

Поконкретно, преку анализата на податоците добиени од теренското истражување беа анализирани следниве параметри:

- » проценка на главните социјални детерминанти што влијаат врз здравјето на Ромите;
- » утврдување на самопријавената здравствена состојба на Ромите;
- » проценка на опфатот на Ромите со примарна и превентивна здравствена заштита;
- » проценка на пристапот на Ромите до здравствените

- услуги од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, вклучувајќи ги и главните пречки со кои се соочуваат Ромите во однос на пристапот;
- » проценка на пристапот на Ромите до основните лекови, вклучувајќи ги и главните пречки со кои се соочуваат Ромите во однос на пристапот;
 - » проценка на пристапот на жените Ромки до здравствените услуги специфично поврзани со женското здравје, вклучувајќи го и пристапот до здравствените услуги поврзани со бременоста и породувањето;
 - » оценување на степенот на нарушување на здравствените права на Ромите, вклучувајќи ја специфично дискриминацијата, како и оценување на постапувањата на институциите што се надлежни да постапуваат во однос на заштита на правата на пациентите.

Наодите од статистичката анализа на овие параметри се прикажани во графикони во АНЕКС 1 и во табели во АНЕКС 2.

Клучните наоди и заклучоци што произлегоа од истражувањето се дадени во продолжение.

Република Македонија има потпишано повеќе меѓународни и регионални документи меѓу кои од особено значење, од аспект на тоа како го регулираат правото на здравје, се следниве: Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права; Конвенција за правата на детето; Конвенција за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената и Конвенција за елиминирање на сите форми на расна дискриминација. РМ го нема ратификувано Факултативниот протокол кон Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, ниту пак го има потпишано и ратификувано Дополнителниот протокол кон Европската социјална повелба за обезбедување на системот на колективни жалби.

Периодичните извештаи на Република Македонија кон меѓународните тела во однос на имплементирање на правото на здравје не укажуваат на вистинските здравствени состојби и проблеми со кои се соочуваат маргинализираните групи на население. Заклучните согледувања и препораки дадени од страна на меѓународно договорните тела задолжени за следење на имплементацијата на човековите права, меѓу кои и правото

на здравје, упатени до нашата држава укажуваат на сериозни отстапувања и неимплементирање на здравствените права на одредени ранливи групи на население. Голем дел од заклучните препораки укажуваат на непостоење на имплементација на стратешките документи и планови за здравје на ранливите групи на население, како што се Ромите, како и на несоодветно алоцирање на финансиските средства за нивна имплементација.

Во 2007 година Министерството за здравство на РМ има усвоено здравствена стратегија под наслов „Здравствена стратегија на РМ 2020, сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем“, меѓутоа таа не е приспособена според европската политика – Здравје 2020, а тоа значи дека потребно е интегрирање на прашањето за здравје и унапредување на здравјето во сите други политики. Исто така не постои транспарентност и отчетност во однос на спроведувањето на оваа стратегија, па така со сигурност не може да се каже дали е имплементирана оваа стратегија и кои се нејзините резултати.

Во однос на мерките и активностите за унапредување на здравјето на Ромите, исто така не е специфично предвидено во стратегијата. Според обврските преземени со Декадата за вклучување на Ромите, РМ досега подготви два национални акциони планови за здравство, меѓутоа од 2011 досега нема усвоено ревидиран акционен план. Поради недостатокот на извештаи и податоци за имплементација на НАП за здравство не може да се каже дали предвидените активности се реализирани и какви резултати се постигнати.

Во РМ не постои специфична законска обврска што на граѓаните и на другите ранливи групи ќе им овозможи учество во развојот на здравствената стратегија и стратешките планови за здравство. Исто така Министерството за здравство не предвидува специфични мерки и активности со кои на граѓаните и на граѓанските организации ќе им овозможи вклучување во процесите на донесување на одлуки.

Здравството претставува функција на централниот буџет за која се алоцираат и се трошат најмалку средства. Во исто време приватните трошоци за здравство бележат континуиран пораст, додека јавните трошоци за здравство со помали осцилации остануваат на исто ниво. Владата на РМ во централниот буџет од 2009 година започна да издвојува минимален износ на средства за унапредување на здравјето на Ромите. Меѓутоа недостатокот

на податоци за имплементација на мерките наменети за ромските средини и податоци за трошењето на овие средства оневозможува да се заклучи дали и колку од овие средства биле потрошени за унапредување на здравјето на Ромите.

Кај Ромите, за разлика од другото население, во поголем број случаи се среќаваат неповолни социјални детерминанти што негативно влијаат врз здравјето и врз пристапот до здравствената заштита. Следствено на тоа, здравствената состојба кај Ромите, изразена преку самопријавената здравствена состојба и честотата на заболување од акутни заразни заболувања, е понеповолна отколку кај припадниците на другите етнички групи.

Иако опфатот на Ромите со здравствена заштита на сите нивоа е задоволителен и е сличен со другото население, сепак Ромите се соочуваат со добивање на здравствени услуги со низок квалитетот колку другото население, а следствено на тоа, Ромите изразуваат и понизок степен на задоволство од овие услуги.

Иако правата на пациентите во РМ се соодветно уредени со закон, сепак тој не е имплементиран во целост, а најголемите недостатоци се бележат во недоволното имплементирање на механизмите за заштита на правата на пациентите. Ромите, пак, како пациенти во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита се соочуваат со поголем степен на прекршување на своите права за разлика од другото население.

Пристапот до лекови во РМ генерално е отежнат поради воведување на референтни цени на лековите и потребата од доплата при нивна набавка. Оваа состојба особено негативно влијае на Ромите како социјално маргинализирано население, при што Ромите во поголем степен од другото население се

соочуваат со пречки во пристапот до лекови, најчесто во смисла на финансиска немоќ да ги набават потребните лекови или неможност да ги најдат на товар на ФЗОМ.

Опфатот на жените Ромки со примарната гинеколошка здравствена заштита е на задоволително ниво, меѓутоа антенаталната здравствена заштита е несоодветна, за разлика од кај другите жени. Исто така кај жените Ромки сèуште постојат случаи на породување во домашни услови без присуство на обучен медицински персонал, додека такви случаи не се бележат кај другите жени. Главните бариери во пристапот кон здравствените услуги за женско здравје со кои се соочуваат жените Ромки, за разлика од другите жени, се и физичката оддалеченост на здравствените установи, наплаќањето на услуги од страна на матичните гинеколози што се бесплатни и понискиот квалитет на здравствени услуги. Овие појави, како и други фактори, влијаат жените Ромки во помал степен од другите жени да прават редовни превентивни прегледи.

Дискриминацијата во здравствената заштита е забранета по речиси сите основи во Законот за здравствена заштита и Законот за заштита на правата на пациентите, иако не се предвидени казнени одредби за непочитување и прекршување на оваа одредба. Меѓутоа и покрај таквите одредби, кај Ромите се забележува релативно висока појава на одредени форми на дискриминација во здравствените установи, која е доста повисока за разлика од другото население, меѓутоа и покрај тоа стапката на пријавување на повредите на правата и дискриминацијата од страна на Ромите е доста ниска. Како главна причина за појавата на дискриминација Ромите ја наведуваат нивната етничка припадност и бојата на кожата.

I.

МЕЃУНАРОДНА И РЕГИОНАЛНА ПРАВНА РАМКА ЗА ЗАШТИТА НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

Меѓународната и регионална правна рамка за заштитата на човековите права има директно влијание врз степенот на почитување, заштита и реализирање на човековите права во државите членки. Меѓународните документи што нашата држава ги потпишува и ги ратификува директно или индиректно влијаат врз креирањето на нашиот правен систем и врз ситуацијата со човековите права во нашето општество. Од една страна, со самото ратификување меѓународните документи стануваат составен дел од нашето законодавство, од друга страна, воспоставените тела што ја следат нивната имплементација поднесуваат препораки до Република Македонија за усогласување на законодавството со одредбите од меѓународните документи и нивно спроведување во практиката. Она што е особено значајно е тоа што во меѓународните документи се содржани стандардите за човекови права, односно во нив е утврдено што е она што треба да биде преземено од страна на државата со цел да се постигне прогресивно реализирање на човековите права на своите граѓани.

Влијанието што го има регионалната правна рамка е дотолку поголемо доколку се земат предвид аспирациите на нашата држава за членство во Европската Унија и континуираното спроведување на годишно ниво на Националната програма за усвојување со правото на Европската Унија.

Во делот што следува е презентирано уредувањето на правото на здравје во меѓународните и регионалните документи за заштита на човековите права, како и извештаите на државата во однос на спроведувањето на одредбите од овие документи.

Право на здравје

Правото на здравје е регулирано во низа меѓународни документи за заштита на човековите права и согласно со својата природа остварувањето на ова право претставува предуслов луѓето активно да се вклучат во реализација на другите слободи и права. Правото на уживање на

највисок достапен стандард на физичко и ментално здравје за првпат се рефлектира во Уставот на Светската здравствена организација (1946 год.), за потоа повторно да се реafirмира преку Декларацијата на Алма Ата (1978 год.), како и во Декларацијата на СЗО усвоена од страна на Собранието на СЗО (1998 год.).

Правото на здравје е регулирано со повеќе меѓународни и регионални документи што Република Македонија ги има потпишано и ратификувано и тоа: Универзалната декларација за човекови права, Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права (МПЕСКП), Конвенцијата за елиминирање на сите форми на расна дискриминација, Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената, Конвенцијата за правата на детето, Европската конвенција за заштита на човековите права и основни слободи, како и Европската социјална повелба. Статусот на ратификација во однос на наведените меѓународни и регионални документи е даден во АНЕКС 3.

Имено, согласно со Универзалната декларација за човековите права: „Секој има право на стандард на живот што е соодветен на неговото/нејзиното здравје и на неговото/нејзиното семејство, вклучително и храна, облека, домување и медицинска грижа и неопходни социјални услуги“.

Правото на здравје, односно правото на највисок достапен стандард на физичко и ментално здравје на најсеопфатен начин е уредено со Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, конкретно со Генералниот коментар бр.14 – Право на највисок достапен стандард на здравје на членот 12 од истоимениот пакт. Генералниот коментар бр.14 е подготвен во 2000 година како резултат на соработката помеѓу Комитетот за економски, социјални и културни права и Светската здравствена организација.

Генералниот коментар бр.14 анализиран од аспект на тоа како го уредува прашањето на највисок достапен стандард на физичко и ментално здравје, предничи во поглед на сеопфатното уредување на секој поодделен аспект што го гради правото на највисок стандард на здравствена заштита. Имено, Генералниот коментар бр.14 ги наведува следниве конститутивни елементи на правото на здравје и тоа: расположливост; пристапност на здравствени услуги и добра; прифатливост и квалитет.

Расположливоста подразбира постоење на функционални установи за јавно здравје и здравствена заштита, добра и услуги, како и програми што мора да бидат достапни во доволен број, обучен медицински и стручен кадар во доволен број, како и расположливост на основните лекови.

Вториот сегмент, односно *Пристапност до здравствените установи, добра и услуги*, пак, ги опфаќа следниве четири димензии и тоа:

- » недискриминација и пристапност, особено за најранливите и маргинализираните категории од популацијата;
- » физичка достапност или пристапност, посебно за најранливите групи;
- » економска достапност, односно здравствените услуги да се економски достапни и за посиромашните домаќинства без оглед на тоа дали јавните услуги се јавни или приватни и
- » пристапност до информации, односно право да се бараат, добиваат и соопштуваат информации во врска со здравствените прашања.

Следниот аспект од правото на највисок достапен стандард на здравје е *Прифатливоста* која подразбира сите здравствени установи, добра и услуги задолжително да го имаат предвид почитувањето на медицинската етика и културниот идентитет на секој поединец, добрата и услугите да бидат дизајнирани соодветно на родот и животниот циклус на пациентот на начин на кој ќе се почитува доверливоста и ќе се подобри здравствената состојба на оние што се засегнати.

Последен и суштински аспект комплементарен на претходно наведените е *Квалитетот* при што здравствените установи, добра и услуги мора да бидат научно и медицински соодветни и со добар квалитет за што е потребно квалификуван медицински кадар, научно одобрени лекови и болничка опрема.

Генералната препорака бр. 30 кон Конвенцијата за елиминирање на сите форми на расна дискриминација (КЕРД) содржи одредби со кои на државите членки потписнички на оваа Конвенција им се препорачува, соодветно на специфичните околности, на лицата што не се државјани да им обезбедат соодветен степен на физичко и ментално здравје со тоа што, меѓу другото, ќе се воздржат од оневозможување или ограничување на нивниот пристап до превентивни, куративни и палијативни здравствени услуги.

Правото на здравје на посебните групи на население е регулирано и со Конвенцијата за правата на детето, како и со Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената.

Имено, членот 12 од Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената содржи обврска за државите членки потписнички на оваа конвенција да преземат соодветни мерки заради елиминирање на дискриминацијата врз жените во областа на здравствената заштита за да можат, врз основа на рамноправноста на жените и мажите, да обезбедат пристап до здравствените услуги, вклучувајќи ги оние што се однесуваат на планирање на семејството. Членот 14 став 2-б ги елаборира обврските на државите да ги преземат сите потребни мерки за елиминирање на дискриминацијата на жените во руралните подрачја за да обезбедат, врз основа на рамноправноста на мажите и жените, дека тие ќе учествуваат во руралниот развој и ќе имаат корист од него, а посебно за да го обезбедат нивното право на: пристап до соодветна здравствена заштита, вклучувајќи ги и информирањето, советувањето и услугите во врска со планирањето на семејството. Дополнително, Генералната препорака бр. 24 го разработува подетално членот 12 од истоимената конвенција со цел елиминирање на дискриминацијата за да се реализира правото на жените на највисок достапен стандард на здравје. Обврската за исполнување на правата подразбира обврска за државите членки да преземаат соодветни законодавни, судски, административни, буџетски, економски и други мерки до максимум од расположливите средства за да се обезбеди остварување на правото на жените на здравствена заштита.

Конвенцијата за правата на детето, во членот 24 став 1, ги регулира обврските на државите членки во однос на признавање на правото на детето на највисоко ниво на здравствена и медицинска заштита и рехабилитација. Државите членки ќе настојуваат на ниедно дете да не му биде одземено правото на таква здравствена заштита. Државите членки се залагаат за целосно остварување на ова право, и посебно се преземаат соодветни мерки за: намалување на смртноста на бебињата и децата; обезбедување на неопходна медицинска помош и здравствена заштита на своите деца, со акцент на развојот на примарната здравствена заштита; спречување на болести и неисхранетост, особено во рамките на примарната здравствена заштита, меѓу другото, примена на лесно достапна технологија

и обезбедување на соодветни хранливи продукти и чиста вода за пиење, имајќи ја предвид опасноста и ризикот од загаденост на животната средина; обезбедување на соодветна заштита на мајката пред и по раѓањето на детето; овозможување на сите сегменти на општеството, посебно родителите и децата, да бидат информирани, како и да им се даде поддршка во користењето на основните знаења за здравјето, исхраната на детето, предностите на доеењето, хигиената и хигиенските услови на животната средина, како и за спречување на несреќа; развој на превентивната здравствена заштита, советите за родителите и образованието и давање на услуги во врска со планирањето на семејството.

Општата правна рамка на Советот на Европа во однос на правото на здравје ги вклучува следниве правни инструменти: Европската конвенција за човековите права и основни слободи – ЕКЧП (со сите нејзини досегашни 14 протоколи), Европската социјална повелба (1961), Ревидираната европска социјална повелба (1996), како и Европската повелба за правата на пациентите.

Преглед на периодичните извештаи на Република Македонија кон меѓународните тела со фокус на правото на здравје

Покрај формалното регулирање на правото на здравје во меѓународните документи и ратификувањето од страна на државите членки, особено е значајно спроведувањето на пропишаните меѓународни стандарди за заштита и унапредување на човековото здравје во самите нивни општества. За таа цел Република Македонија ја следи состојбата и периодично известува за состојбите со правото на здравје и преземените мерки пред надлежните меѓународни тела што ја следат нивната имплементација. Правото на здравје, како и правото на здравје на одредени групи на население, е регулирано во поединечни меѓународни и регионални документи и тоа: Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права, Конвенција за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената, Конвенција за правата на детето и Конвенција за елиминирање на сите видови на расна дискриминација. Воедно, предмет на анализа се и усвоените Заклучни препораки упатени до нашата држава кои имаат за цел унапредување на здравјето, посебно здравјето на маргинализираните групи на население.

Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права

Република Македонија го поднесе својот Иницијален периодичен извештај за имплементација на одредбите од МПЕСКП, при што Комитетот задолжен за следење на имплементацијата на овој меѓународен документ на својата 37 сесија, во ноември 2006 година, ги усвои Заклучните препораки за Република Македонија. Соодветно на донесените Заклучни препораки, РМ е должна да извести во однос на акциите што таа ги презела во насока на подобрување на имплементацијата на одредбите од пактот и за нив да извести во наредниот периодичен извештај.

Заклучните препораки: 29, 30, 32, 45 и 46 (1) се однесуваат на остварување на правата од здравствена заштита, со посебен фокус на здравствената заштита на ромското население.

Имено, Комитетот изрази повеќе сфери и согласно на тоа ги упати повеќе препораки и тоа: „Комитетот е загрижен поради фактот дека иако Народниот правобранител е надлежен да постапува по претставките за повреда на економските, социјалните и културните права, институциите не постапуваат секогаш по неговите барања за информации и препораки. Затоа Комитетот препорачува: Државата да одговори на барањата за информации и да постапува по препораките дадени од страна на Народниот правобранител во врска со претставките за повреда на економските, социјалните и културните права на граѓаните. Комитетот ја повикува државата во наредниот извештај да обезбеди детални информации за резултатите, последователните дејства од таквите претставки, вклучувајќи ги и претставките за одбивање/ оневозможување на пристап до здравствено осигурување и до здравствени установи“.

„Комитетот е загрижен за евидентниот недостаток на судски одлуки кои се однесуваат на правата содржани во овој пакт, вклучувајќи го и **правото на здравје**“, при што Комитетот препорачува: „Државата да обезбеди примена на одредбите од Конвенцијата во домашните судови, обуки за правосудството за одредбите од Конвенцијата, како што се дефинирани во Општите препораки, како и да ја промовира Конвенцијата како извор на правото. Комитетот упатува на Општиот коментар бр.9 (1998), односно примена на одредбите на Конвенцијата во внатрешниот правен поредок, и ја повикува државата во наредниот извештај да обезбеди информации за судските одлуки со кои се ефектуираат правата од Конвенцијата“.

„Комитетот е загрижен за широко распространетата дискриминација во пристапот до вработување, социјалната и здравствената заштита, при што одреден број **Роми** немаат лична документација, односно лични карти, извод на родени и тие **не се здравствено осигурани** и не можат да обезбедат здравствена заштита“. Со оглед на вака утврдената фактичка состојба, Комитетот препорачува: „Државата да ги интензивира напорите за спречување на дискриминацијата врз Ромите во сите сфери опфатени со Конвенцијата, итно да ги процесуира барањата за државјанство поднесени од Роми, Албанци и други малцински заедници, и да преземе итни мерки, преку отстранување на административните бариери, обезбедување на потребната лична документација за сите Роми апликанти, со цел овозможување на еднаков пристап до социјално и здравствено осигурување, здравствена заштита и други поврзани права“.

Комитетот ја искажа својата загриженост „за растечкиот тренд на стапката на смртност кај доенчиња во последните години, како и дека стапката на перинатална смртност останува и понатаму висока“. Поради овие причини Комитетот препорачува: „Државата да го зголеми бројот на задолжителни посети на патронажните служби по дете, да инкорпорира семеен патронажен пристап во своите здравствени стратегии и да алоцира доволно финансиски средства за имплементирање на превентивните програми за здравјето на мајки и деца“.

Комитетот е загрижени за ограничениот пристап на младата популација до услугите за сексуално и репродуктивно здравје, посебно во руралните средини, лимитираното користење на контрацепција, високата стапка на абортуси и малолетничка бременост посебно кај **ромската популација**. Оттука и потребата Комитетот да ја усвои следната препорака: „Државата да ги интензивира напорите за едукација на децата и адолесцентите за сексуално и репродуктивно здравје и да ја зголеми достапноста до услугите за сексуално и репродуктивно здравје, вклучувајќи ги гинеколошките услуги и услугите за советување, посебно во руралните средини и во средините каде живеат Роми и други маргинализирани групи на население“.

Соодветно на обврските за периодично известување, РМ го подготви својот втор, трет и четврт периодичен извештај во 2013 година. Извештајот содржи информации за законските, административните или другите мерки преземени во насока на имплементација на Пактот во периодот по поднесувањето на Иницијалниот извештај на РМ. Официјалната сесијата на која ќе се разгледува овој извештај на РМ не е закажана.

Република Македонија го нема ратификувано Факултативниот протокол кон Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права иако потребата од потпишување и ратификување на овој меѓународен документ за правата на човекот беше нотирана во првиот циклус на периодично известување на РМ во рамки на Универзалниот периодичен преглед кон Советот за човекови права.

Конвенција за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената

Република Македонија за првпат извести и го поднесе својот Иницијален, втор и трет периодичен извештај во однос на Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената во јануари 2006 година. По разгледувањето, Комитетот донесе повеќе заклучни препораки за РМ, при што констатираше дека и покрај намалувањето на стапката на абортуси за 20% од 1994, абортусот и натаму се користи како метода за контрола на раѓањето. Исто така, Комитетот изрази загриженост поради ограничената употреба на контрацепцијата. Оттука, Комитетот препорача: „Државата да спроведе програми и политики чија цел е да обезбеди ефективен пристап за жените до контрацепцијата и здравствените информации и услуги, со што ќе се одбегне потребата жените да прибегнуваат кон абортус. Воедно ја поттикнува РМ да спроведе програми за сексуална едукација и едукација за репродуктивно здравје за жени, мажи и адолесценти, со цел да се негува одговорно сексуалното однесување и дополнително да се обесхрабри абортусот како метода за контрола на раѓањето“.

Воедно, согласно со препораката 28, Комитетот бара од државата во наредниот извештај да достави сеопфатна слика за фактичката ситуација на жените од руралните средини, како и на жените од етничките малцинства, особено на жените Ромки во четири области, меѓу кои и здравството, како и во врска со напорите на Владата да ја елиминира дискриминацијата против тие жени, при што ја повикува државата во следниот извештај да достави информации за конкретни проекти насочени кон жените Ромки во согласност со Декадата на вклучување на Ромите 2005–2015.

Последователниот периодичен извештај, односно комбинираниот четврти и петти извештај на РМ беше разгледан од страна на Комитетот задолжен за следење на Конвенцијата во февруари 2013 година. Имено, Комитетот ги упати следниве препораки

за женското здравје и здравјето на Ромите: (Препорака 34)– „Комитетот ја поттикнува државата да ги преземе сите неопходни мерки за да се подобри пристапот на жените до квалитетна здравствена заштита и здравствени услуги во рамки на Општата препорака 24 (1999). Да се подигне свеста преку јавни образовни кампањи, образование за сексуално и репродуктивно здравје во училиштата и зајакнати соопштодавни служби за важноста од употребата на средства за контрацепција, за планирање на семејство и зголемување на заложбите за обезбедување на адекватни услови за планирање на семејството и достапни средства за контрацепција и да се интегрира родовата перспектива во сите здравствени интервенции и политики како и прибирање и анализа на податоци распределени според пол“.

Воедно, Комитетот е загрижен за недостигот од финансиски средства за реализирање на стратешките политики за Роми, па така Комитетот истакнува: „Иако се истакнува усвојувањето на Декадата за вклучување на Ромите 2005–2015, Националните акциони планови за унапредување на положбата на жените Ромки, Комитетот е загрижен заради недостигот на соодветни финансиски ресурси кои се распределуваат за имплементација и евалуација на овие мерки, како и заради континуирана маргинализација на жените Ромки и вкрстените форми на дискриминација со кои тие се соочуваат, особено во однос на пристапот до образование, вработување, адекватно домување и здравствена заштита, документи за лична идентификација, заштита од насилство и пристап до правда“. Имајќи ја предвид ваквата состојба Комитетот ја упати следнава препорака до нашата држава – Препорака 38: „Да ги имплементира и брзо да распредели финансиски ресурси за националните акциони планови и стратегии кои имаат за цел да ги елиминираат сите форми на дискриминации врз жените Ромки“.

Конвенција за правата на детето

Иницијалниот периодичен извештај (2) на РМ за степенот на имплементација на Конвенцијата за правата на детето беше разгледан во јануари 2000 година од страна на соодветниот Комитет. Имено, Комитетот е загрижен поради фактот дека секое дете нема еднаков и адекватен пристап до здравствена заштита, вклучувајќи значително и деца од региони кои се соочуваат со економски потешкотии, како и поради фактот дека политиките на државата бараат и адолесцентите на возраст од 15 до 18 години да плаќаат финансиска participација за обезбедување на здравствена заштита, што може да го ограничи нивниот пристап до здравствената заштита, вклучувајќи ја и едукацијата

за сексуално образование. Оттука, Комитетот на нашата држава ѝ препорача да преземе напори за обезбедување на еднаков пристап до здравствената заштита на децата од сите региони и да ги ревидира политиките што доведуваат до ограничување на пристапот на адолесцентите до здравствена заштита.

Комитетот упати и препорака што се однесува на ефективната здравствена заштита на мајките и децата, како и преземање на мерки за намалување на високата стапка на смртност кај доенчињата. Па така препораката 37 го содржи следново: „*Нотирајќи ја поврзаноста помеѓу нискиот степен на образовани мајки и високата смртност на новороденчиња, како и поврзаноста помеѓу инциденцата на морталитетот и одредени региони, Комитетот ја повикува државата да преземе континуирани напори за адресирање на овие сфери на загриженост, преку ефективно обезбедување на соодветна здравствена едукација за мајките*“. Воедно, беше усвоена и препорака што се однесува на здравјето на адолесцентите, како и на високата стапка на абортуси кај девојчињата и високата стапка на сексуално преносливи болести. Имено со препораката 41 – „*Комитетот ја повикува државата да ги зајакне методите за собирање на податоци во однос на здравствените потреби на адолесцентите. Комитетот препорачува државата да ги зголеми напорите за промовирање на здравствените политики за адолесценти и зајакнување на здравствената едукација за репродуктивно здравје и услуги за советување во однос на ХИВ, сексуално преносливи болести, малолетничка бременост и абортуси*“.

Вториот периодичен извештај на РМ беше разгледан во јуни 2010 година од страна на соодветниот Комитет задолжен за следење на имплементацијата на Конвенцијата. Во заклучните согледувања (3), Комитетот иако констатира одредено подобрување на состојбите во однос на смртноста кај доенчињата и децата под 5-годишна возраст, сепак е загрижен за стапката на смртност кај децата Роми, која е повисока отколку националниот просек, како и дека перинаталната смртност е највисока во регионот. Комитетот е исто така загрижен за диспаритетот помеѓу урбаните и руралните средини во пристапот до здравствени услуги, како и за тоа дека на децата бегалци и децата под хуманитарна заштита кои немаат соодветна документација не им била обезбедена медицинска интервенција. Со оглед на споменатата фактичка состојба, Комитетот во препораката 55, препорачува: „*Континуирано унапредување на стандардите за здравје на децата и тоа преку : а) преземање на мерки за превенција и редуцирање на стапката на смртност кај децата во ромските средини; б) зголемување на квалитетот*

и достапноста до здравствените услуги и елиминирање на рурално/ урбаните диспаритети; в) обезбедување на неопходна медицинска помош и здравствена заштита на сите деца со фокус на развојот на примарната здравствена заштита, посебно со зголемување на опфатот на деца кои потекнуваат од најмаргинализираната популација; и г) зголемување на квалитетот на антенатална и постнатална здравствена заштита за мајките со цел превенирање на перинаталната смртност“.

Конвенција за елиминирање на сите видови на расна дискриминација

Во 2013 година РМ го поднесе својот осми, деветти и десетти периодичен извештај (3) за степенот на имплементација на Конвенцијата за елиминирање на сите форми на расна дискриминација, иако рокот за негова подготовка беше септември 2010 година. Официјалната сесија на која тој ќе се разгледува сèуште не е официјално закажана. Извештајот содржи информации во однос на препораките усвоени при разгледувањето на претходниот кумулативен четврти, петти, шести и седми периодичен извештај (4) во март 2007 година. Имено, *Комитетот истакнува дека е сериозно загрижен за патешкотиите со кои се соочуваат дел од Ромите при обезбедувањето на лична документација, вклучувајќи ги матичните изводи на родени, лични карти, пасоши и други документи поврзани со обезбедување на здравствено осигурување и социјално осигурување (членот 5 од Конвенцијата)*. Поради постоењето на ваквата фактичка состојба, Комитетот ја усвои следнава препорака: „*Комитетот во врска со својот Општ коментар бр.27 (2000) за дискриминација врз Роми, препорачува државата да преземе итни мерки за отстранување на сите административни бариери кои ги оневозможуваат Ромите да обезбедат лична документација неопходна за остварување на нивните економски, социјални и културни права, меѓу кои и правото на здравствена заштита*“.

Во извештајот, конкретно во делот за остварување на правото на јавно здравје, медицинска заштита, социјална сигурност и социјални услуги, единствено е наведено постоењето на Стратешката рамка за подобрување на здравствената заштита и социјалниот статус на Ромите преку воведување на Ромските здравствени медијатори (усвоена во 2011 година). Извештајот не содржи податоци за имплементација на Стратешкиот документ.

Универзален периодичен преглед

Република Македонија во рамки на првиот циклус на известување на Универзалниот периодичен преглед (УПР) во рамки на Советот за човекови права на Обединетите нации (2008 – 2011) го поднесе својот прв извештај во однос на состојбата со севкупниот корпус на човекови права во 2009 година. По разгледување на извештајот, работната група при Советот за човекови права на ОН ги нотираше препораките упатени од државите членки на ОН до РМ.

Препораките (5) упатени од државите членки до РМ, кои се однесуваат на аспектите на здравје, посебно здравјето на маргинализираните групи, се следниве: Препорака 15 во однос на унапредување на правата на ранливите групи, вклучувајќи го правото на здравје на Ромите (Грузија). Потоа препорака бр.41, која опфаќа препораки од повеќе држави што се однесуваат на следново: „Да се продолжат напорите за осигурување дека ромското, албанското и другите малцинства имаат пристап до соодветно и достапно сместување, вработување, образование и здравствена заштита (Алжир); да се обезбеди брза имплементација на мерките за националната Стратегија за Ромите (Австрија); усогласување со стратегијата и Декадата на Ромите, која ќе заврши во 2015 (Бразил); да се имплементира Стратегијата за Ромите и акционите планови, во согласност со Стратегијата и Декадата за Ромите 2005–2015 (Канада); да се обезбеди еднаков и непречен пристап до здравствената заштита за Ромите (Австрија); да се поддржи употребата, од страна на Ромите, на нивните економски, социјални и културни права, главно преку имплементирање на програми за олеснување на регистрирањето на раѓања и издавање на документи за идентификација за овој дел на населението (Мексико); да се подобри состојбата за вклучување на некои етнички групи, главно Роми, кои често се соочуваат со ситуации на недостаток од заштита (Шпанија)“.

По добиените препораки, РМ во 2011 година подготви среднорочен извештај (7) за напредокот во спроведување на препораките. Поднесениот извештај не го рефлектира позитивниот напредок во однос на имплементацијата на донесените стратешки документи (Декада на Ромите 2005–2015 и Националната стратегија за Роми), ниту алоцираните и потрошени средства за нивна реализација.

Република Македонија повторно ќе извести за состојбите со човековите права во рамки на вториот циклус на Универзалниот периодичен преглед (2012–2016), односно на 18-тата сесија (јануари 2014 година).

Европска социјална повелба

Република Македонија ја ратификуваше Ревидираната европска социјална повелба во 2012 година и го потпиша Дополнителниот протокол на повелбата, но го нема потпишано и ратификувано Дополнителниот протокол за обезбедување на системот на колективни жалби (8).

Република Македонија во периодот од 2007 до 2013 поднесе вкупно 6 извештаи до Европскиот комитет за социјалните права (ЕКСП) (9), кој е задолжен да ја следи имплементацијата на Европската социјална повелба преку системот на периодични извештаи и колективни жалби. Последниот извештај е поднесен во февруари 2013 година и се однесува на тематската група: Здравствена и социјална сигурност и социјална заштита, односно на следниве членови од Европската социјална повелба, и тоа чл. 3 (Право на безбедност и здравје при работа); чл.11 (Право на здравствена заштита); чл. 12 (Право на социјална сигурност); чл.13 (Право на социјална и здравствена помош); чл.14 (Право на надомест од службите за социјална помош); и член 4 од Дополнителниот протокол (Право на социјална заштита за постарите лица).

II.

УСТАВНА И ЗАКОНСКА РАМКА

Усогласувањето на нашето законодавство со меѓународните стандарди за човекови права е неопходно заради воспоставување на соодветен систем и механизми за почитување, заштита и реализирање на основните човекови слободи и права од страна на државата.

Во оваа насока, една од уставните определби на нашата држава е меѓународните договори со самото нивно ратификување да станат дел од нашиот внатрешен правен поредок и не можат да се менуваат со закон (10). Понатаму, едни од темелните уставни вредности кои се содржани во членот 8 од Уставот на Република Македонија се „основните слободи и права на човекот и граѓанинот признати со меѓународно право“, како и „почитувањето на општоприфатените норми на меѓународното право“. Уставот на Република Македонија покрај генералните вредности и определби ги гарантира и индивидуалните граѓански, политички, економски, социјални и културни права, вклучително и правото на здравје.

Уставот на РМ го гарантира правото на здравје и здравствена заштита на секој граѓанин и утврдува дека секој има право и должност да го чува сопственото здравје, но и здравјето на другите. Уставот на РМ не го регулира квалитетот, кој треба да се обезбеди при остварување на здравствена заштита.

Здравствениот систем, здравствената заштита и правата и обврските на здравствените работници, установи и пациенти во РМ се регулирани со низа законски прописи меѓу кои: Законот за здравствената заштита (11), Законот за заштита на правата на пациентите (12), Законот за здравственото осигурување (13), Законот за јавното здравје (14), Законот за ментално здравје (15) и други закони од областа на здравството.

Закон за здравствена заштита

Новиот закон за здравствена заштита е донесен во 2012 година, односно 20 години по донесувањето на основниот Закон за здравствена заштита. Вредно е да се спомене дека процесот на донесување на новиот закон беше квалификуван од стручната и општата јавност како нетранспарентен и

неинклузивен. Имено, Законот беше донесен во итна постапка, иако неговата претходна подготовка траеше повеќе од година и половина пред да биде доставен до Собранието. Во постапката за негово разгледување беше одржана само една јавна расправа, а претставниците на коморите, професионалните здруженија, здруженијата на правата на пациентите, здруженијата на граѓани, како и академската јавност бараа тој да биде повлечен со што ќе се овозможи негова подготовка од страна на сите заинтересирани страни. Во период од две години од неговото донесување, тој беше предмет на измени и дополнувања четири пати.

Од аспект на општиот принцип на почитување на човековите права, Законот за здравствена заштита го регулира правото на секој граѓанин на највисок можен стандард на здравствена заштита, односно физички и психички интегритет, безбедност и недискриминација. Поспецифични елементи од правото на највисок можен стандард на здравствена заштита се индиректно уредени преку дефинирање на поимот на здравствена заштита, па така: *„Здравствената заштита опфаќа систем на општествени и индивидуални мерки, активности и постапки за зачувување и унапредување на здравјето, спречување, рано откривање и спречување на болести, повреди и други нарушувања на здравјето предизвикани од влијанието на работната и животната средина, навремено и ефикасно лекување и здравствена нега и рехабилитација. Мерките, активностите и постапките од ставот 1 на овој член мора да бидат засновани на научни докази, да бидат безбедни, сигурни, ефикасни и во согласност со професионалната етика“* (16).

Законот за здравствена заштита од 2012 година за првпат ги дефинира начелата на здравствена заштита на кои што се заснова и тоа: начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност, како и начелото на обезбедување на квалитетен и сигурен здравствен третман. Вака позитивните и општо уредени одредби за основните начела на здравствена заштита не овозможуваат нивна операционализација на различни нивоа на здравствена заштита. Ова е поради фактот дека начелата не се сеопфатно разработени и елаборирани од аспект на нивната применливост и ориентираност кон поединецот, семејството и заедницата корисник на здравствена заштита.

Ова особено се однесува на начелото на достапност кое е *утврдено дека се остварува со обезбедување на соодветна здравствена заштита на населението, која е географски, физички и економски достапна*, при што детално не се елаборирани и разработени поединечните

димензии на достапноста, односно што се подразбира под географска, физичка и економска достапност.

Имајќи го предвид фактот дека начелото на достапност претставува едно од основните начела на кои се заснова здравствената заштита во РМ, аспектите на достапност (географска, физичка и економска) треба да вклучуваат разбирање и задоволување на здравствените потреби на целото население, притоа имајќи ги предвид специфичните здравствени потреби и здравствениот статус на групите што се најранливи и маргинализирани.

Дел од механизмите за унапредување на достапноста до здравствена заштита во оваа смисла Министерството за здравство ги развива преку дефинирање на мрежата на здравствени установи, како и подетално преку уредување и утврдување на мрежата врз основа на повеќе параметри меѓу кои: потребите на населението од здравствени услуги; бројот, возраста, полот, социјалната структура и здравствената состојба на жителите на подрачјето за кое се определува мрежата; обезбедување на рамномерна достапност на здравствените услуги; обезбедување на здравствени капацитети согласно со повеќе фактори и тоа: економска оправданост, технолошки и научен развој во областа на здравствената дејност, степен на урбанизираност, сообраќајни поврзувања и друго.

Начелото на достапност е во корелација со начелото на правичност на здравствена заштита, кое во Законот за здравствена заштита е утврдено дека се остварува со забрана на дискриминација при укажувањето на здравствената заштита во однос на расата, полот, староста, националната припадност, социјалното потекло, вероисповедта, политичко или друго убедување, имотната состојба, културата, јазикот, видот на болеста, психички или телесен инвалидитет.

Наведените начела се инкорпорирани и во предвидените специфични мерки и активности (17) за обезбедување на здравствена заштита на сите граѓани на РМ врз основа на утврдената здравствена состојба на населението и утврдените здравствени проблеми и приоритети согласно со донесените стратегии и политики во областа на здравствената заштита. За реализација на наведените мерки и активности Владата на предлог на Министерството за здравство секоја година донесува соодветни програми за кои се обезбедуваат средства од буџетот на РМ.

Закон за здравствено осигурување

Законот за здравствено осигурување го уредува здравственото осигурување на граѓаните, правата и обврските од здравственото осигурување, како и начинот на спроведување на здравственото осигурување.

Здравственото осигурување се базира на начелото на солидарност и заемност, вложување на средства, како и обезбедување на универзална покриеност на населението со основен пакет на здравствени услуги. Основниот пакет на здравствени услуги ги определува здравствените услуги на осигурениците на ниво на примарна здравствена заштита, специјалистичко-консултативна и болничка (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита.

Со Законот за здравствено осигурување е обезбедено здравствено осигурување за сите лица државјани на РМ, меѓу кои и оние што немаат ниту еден основ за здравствено осигурување (18). За оваа категорија на граѓани Министерството за здравство обезбедува средства за уплата на придонесот за здравствено осигурување преку Годишна програма за задолжително осигурување. Осигурените лица учествуваат со лични средства при користење на здравствените

услуги и лекови, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, односно на лековите. За здравствените услуги за одобрено лекување во странство, осигуреното лице учествува со 20% од вкупните трошоци, но не повеќе од 200 евра во денарска противвредност.

Законот предвидува ослободување од плаќање на учество за посебни категории на лица (19) и тоа: осигурени лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итна медицинска помош на повик; децата со посебни потреби според прописите за социјална заштита; корисници на постојана парична помош, лицата сместени во установи за социјална заштита; душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа и осигуреници што во текот на една календарска година платиле учество во износ повисок од 70% од просечната остварена месечна плата во РМ во претходната година.

Невработените лица што остваруваат годишни приходи по различни основи правото на здравствено осигурување го остваруваат со плаќање на здравственото осигурување согласно со специфичните лимити наведени во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување (20).

III.

ЗДРАВСТВЕНАТА СТРАТЕГИЈА 2020 И АКЦИОНИТЕ ПЛАНОВИ ЗА ЗДРАВСТВО НА РМ

Во Здравствената стратегија на РМ е направена анализа на дефицитите (предизвиците) во однос на повеќе области што влијаат на здравјето и здравствената заштита и воедно се утврдени стратешките приоритети. Имплементацијата на целокупната стратегија е предвидена преку подготовка и имплементација на двегодишни стратешки планови. Главни недостатоци на Здравствената стратегија на РМ се следниве: таа не е приспособена кон новата европска политика – 2020 на СЗО; во стратегијата не се предвидени конкретни активности, временска рамка и одговорни лица за нивно спроведување; стратегијата не содржи конкретни мерки наменети за ранливите групи од населението. Исто така не постојат извештаи и/или анализи за досегашната имплементација на Здравствената стратегија, па поради тоа не може да се заклучи што досега е имплементирано и какви резултати се постигнати преку оваа стратегија.

Во однос на обврските преземени преку Декадата за вклучување на Ромите, специфично за унапредување на здравјето на Ромите, РМ досега има усвоено Национален акционен план за здравство 2005–2015 и истиот беше ревидиран за периодот 2009–2011. Во моментот нема ревидиран акционен план за периодот по 2011 година поради што не се знае кој план во моментот е важечки и според кој план постапува Министерството за здравство. Слично како и за Здравствената стратегија, така и за Националниот акционен план не постојат извештаи за негово спроведување и за постигнатите резултати. Единствено постојат извештаи за имплементација на Националниот акционен план за унапредување на општествената положба на Ромките во РМ за периодот 2011–2013, меѓутоа од овие извештаи не може да се заклучи за степенот на спроведување на предвидените активности.

Здравствена стратегија

Министерството за здравство на РМ во февруари 2007 година има усвоено здравствена стратегија насловена како „Здравствена стратегија на Република Македонија 2020, сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем“ (21). Како што е наведено и во самиот документ, со оваа стратегија се

утврдува визијата за унапредување на здравјето и подобрување на здравствениот систем кој ќе одговара на потребите на населението. Со стратегијата се утврдени потребите и целите, односно приоритетите што треба да се постигнат во оваа област до 2020 година. Стратегијата содржи анализа на дефицитите, односно предизвиците во однос на повеќе области како што се: демографска и социокономска состојба, здравје, давање на здравствени услуги на граѓаните, јавно здравје, човечки ресурси, обезбедување на квалитетна здравствена заштита, финансирање на здравствената заштита и други прашања (фармацевтски услуги, здравствен информатички систем, интереси на потрошувачите).

Врз основа на направената анализа со стратегијата се утврдени следниве приоритети:

- » да се подобри здравствената состојба на населението, со посебно внимание на вулнерабилните групи и со акцент на унапредување на здравјето,
- » да се подобри ефективноста и ефикасноста на здравствениот систем преку воведување на професионален менаџмент во институциите, како и структурни промени во давање на здравствени услуги, со акцент на примарната здравствена заштита,
- » да се модернизира системот на заштита на јавно здравје во согласност со стандардите на ЕУ, со акцент на мрежата на Центрите за јавно здравје и службите за медицина на трудот,
- » да се подобри планирањето и управувањето на човечките ресурси во здравствениот систем согласно со потребите,
- » да се воспостави целосен систем за обезбедување на контрола на квалитетот на здравствената заштита,
- » да се подобри финансирањето на здравствениот систем со воспоставување на одржлив механизам на финансирање и распределба на ресурси преку: обезбедување на единствен основен пакет на здравствени услуги за сите граѓани што го покрива задолжителното здравствено осигурување, подобрување на механизмите за финансиска контрола и подобрена наплата на придонесите за здравствено осигурување, склучување на договори со здравствените установи и можност за повеќе облици на дополнителното здравствено осигурување.

Начинот на постигнување на приоритетите утврдени со стратегијата е предвиден со двегодишни стратешки планови, исто така подготвени од страна на Министерството за здравство. Од усвојување на стратегијата па до денес се донесени стратешки планови за следниве временски интервали: 2008–2010; 2009–2011; 2010–2012; 2011–2013 и 2012–2014. Во моментот е оперативен Стратешкиот план за 2012–2014 година (22), кој е единствено јавно достапен стратешки план од сите досега усвоени планови.

Исто така вреди да се спомене дека РМ како членка на Светската здравствена организација (СЗО) има обврска да ја спроведува европската стратегија “Здравје 2020” (23). Оваа стратегија е резултат на работата на 53 земји што припаѓаат на европскиот регион на СЗО чија цел е значително да го унапреди здравјето и добросостојбата на населението, да ги намали нееднаквостите во здравството, да го зајакне јавното здравје и да овозможи здравствен систем ориентиран кон потребите на пациентите, односно здравствени системи што се универзални, правични, одржливи и со висок квалитет. Стратегијата е резултат на екстензивен двегодишен процес на консултации на земјите членки од европскиот регион и пошироко и се заснова на повеќе студии (24) спроведени за оваа намена. Стратегијата е усвоена во септември 2012 година. Поради значењето на оваа стратегија регионалната канцеларија на СЗО предвидува преземање на активности што значат адаптирање, спроведување и развивање на здравствени пристапи во духот на оваа стратегија на национално ниво. Во оваа насока во јануари 2014 година под покровителство на СЗО е одржана првата обука на група акредитирани консултанти што треба да ги поддржуваат и да ги советуваат земјите членки да развијат свои стратегии во согласност со европската стратегија – “Здравје 2020”. Стратегијата предвидува дека земјите членки може да постигнат вистински подобрувања во здравството преку остварување на следниве стратешки цели: подобрување на здравјето за сите и намалување на нееднаквостите во здравството и јакнење на капацитетите на раководниот кадар во Владата и надвор од неа, односно партиципативно раководење со здравството. Практично преземањето на оваа обврска за РМ ќе значи усвојување на здравствената стратегија со која се преземаат обврски за интегрирање на прашањето на здравје во сите други политики и унапредување на здравјето, како и напоредно преземање на активности насочени кон лицата изложени на ризик. Но, уште повеќе РМ ќе треба да преземе активности што ќе утврдат како

граѓаните и пациентите можат да послужат како клучни елементи за подобрување на здравјето, ефикасноста на здравствениот систем и задоволството на пациентите.

Покрај здравствената стратегија 2020, која би требало да претставува генерална здравствена стратегија на МЗ, постојат повеќе поединечни (25) стратешки документи (вклучувајќи и акциони планови) од кои во моментов оперативни се: Националната стратегија за ХИВ 2012–2016, Стратегијата за адаптација на здравствениот сектор кон климатските промени во Република Македонија со акционен план 2011–2015 (вклучувајќи ги и одделните акциони планови за превенирање на штетните влијанија и последиците од студеното време и студените бранови врз здравјето на населението и акциониот план за превенирање на последиците од топлотните бранови врз здравјето на населението), Стратегијата за имунизација во РМ 2012–2020 со акционен план 2012–2015 година, Националната стратегија за превенција на орални заболувања кај децата 0–14 години за периодот 2008–2018 година, Стратегијата за безбедност и здравје при работата на Република Македонија за 2011–2015 година со акционен план 2013–2014 година, Стратегијата за сексуално и репродуктивно здравје во РМ до 2020 година со акционен план до 2013 година, Националната стратегија на РМ за превенција и контрола на незаразните болести и Стратегијата за безбедно мајчинство на РМ за периодот 2010–2015 година со акционен план 2010–2013 година.

Согласно со воведот на здравствената стратегија, таа се базира на Уставот на РМ, со кој на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита и таа се заснова на начелата на правичност, односно пристап до пакетот на здравствени услуги што се финансиски и географски достапни за целокупното население, начелото на заемност и солидарност изразено преку здравственото осигурување и начелото на одговорност при што за здравјето се одговорни граѓаните, Владата, сите здравствени установи што даваат здравствени услуги, претпријатијата во јавниот и во приватниот сектор, како и невладините организации. Во стратегијата и стратешкиот план 2012–2014 не е наведена експлицитна обврска за обезбедување на универзална здравствена заштита. Здравствената стратегија, освен утврдените приоритети, не содржи конкретни активности, временска рамка и одговорни

лица за нејзино спроведување. Таа и покрај тоа што содржи приоритет за подобрување на здравствената состојба на населението, со посебно внимание на вулнерабилните групи и со акцент на унапредување на здравјето, во понатамошното објаснување за овој приоритет во текстот на стратегијата воопшто не се наведени активностите што се поврзани со вулнерабилните групи.

Стратешкиот план 2012–2014 содржи приоритети и цели на Министерството за здравство што во дел се поклопуваат со оние утврдени во здравствената стратегија. Овие приоритети утврдени со стратешкиот план Министерството ги спроведува преку програми. Програмите содржат очекувани резултати и индикатори според кои ќе се мери успешноста од спроведување на програмата, но не содржат план на активности, временска рамка и одговорни лица за спроведување на активностите (исклучок се активностите кои МЗ ги спроведува од областа на Националната стратегија за борба против трговија со луѓе и илегална миграција во РМ и Националниот акционен план 2009–2012 година). Стратешкиот план за 2012–2014 година под својата програма за здравствена заштита и превенција ги вбројува дел од интервенциите насочени кон вулнерабилните групи (покрај редовните превентивни здравствени програми во оваа програма влегуваат и Стратегијата за демографски развој, Стратегијата за превенција и справување со сексуална злоупотреба на деца и педофилија 2009–2012, Декада за вклучување на Ромите и Националната стратегија за млади во РМ).

Анализата содржана во здравствената стратегија е заснована врз база на статистички податоци што се содржани во официјални публикации на Министерството за здравство, Институтот за јавно здравје и базата на податоци „Здравје за сите“ на европската канцеларија на СЗО. Нема официјално достапен документ од кој може да се увиди дека Министерството има спроведено анализа за степенот на спроведување на правото на здравје во РМ.

Покрај здравствената стратегија и стратешкиот план за 2012–2014 на интернет-страницата на Министерството за здравство нема достапни извештаи за досега сработеното. Оттаму не е јасно дали се прибираат податоци врз основа на кои се мери успешноста на спроведеното и покрај зацртаните индикатори.

Декада за вклучување на Ромите

Што се однесува до обврските што произлегуваат од Декадата за вклучување на Ромите (Национален акционен план за декадата за Ромите 2005–2015 и 2009–2011) може да се заклучи дека Здравствената стратегија 2020 воопшто не го споменува прашањето на здравствениот статус и здравствените права на Ромите, додека во Стратешкиот план за здравство 2012–2014 овие обврски се дел од програмата за превентивна здравствена заштита како резултат бр.24: Декадата на Ромите и успешноста на очекуваниот резултат се мери со индикаторот: спроведени активности предвидени со Акциониот план за декада на Ромите. Она што загрижува се состојбите поврзани со Националниот акционен план за здравство во склоп на Декадата за вклучување на Ромите. Имено, десетгодишниот НАП за здравство усвоен 2005 година, за периодот 2005–2015 година (26) (вклучително и оперативниот план за периодот 2005–2008 година (27)), а подоцна ревидиран во 2008 година (28) резултираше со усвојување на ревидиран НАП за здравство за периодот 2009–2011 година. По истекувањето на важноста на овој акционен план, надлежните институции не усвоија нов ревидиран план за периодот 2012–2015 година, па оттаму е нејасно врз основа на кој документ во моментот постапува Министерството за здравство.

Напредокот во однос на спроведувањето на Декадата за вклучување на Ромите во целина и особено во однос на областа на здравството е отежнат поради непостоење на податоци и нивна недостапност. На ваквите состојби укажуваат и наодите од одредени анализи што се подготвени во однос на ова прашање (29). Практично постојат само неколку извори (30) од кои може да се утврди состојбата на Ромите, но ниту еден од нив не е подготвен од страна на државата. Односно не постојат извештаи од кои на годишно или кое било друго ниво може да се оценува напредокот во однос на состојбата на Ромите во одделни сфери на општественото живеење, согласно со активностите предвидени со Декадата за Ромите и Националните акциони планови за здравство. Од достапните анализи на индиректен начин може да се утврдат состојбите. Ова особено затоа што достапните анализи не прават анализа врз основа на целите и активностите предвидени со акциониот и оперативниот план за здравство усвоен од страна на нашата држава.

Исклучок од ваквата состојба, односно отсуство на извештаи во однос на усвоените акциони планови е Националниот акционен план за унапредување на општествената положба на Ромките во РМ за периодот 2011–2013 (31). Со овој план се предвидени четири активности од областа на здравствената заштита, кои според планот имаат за цел да го подобрат пристапот на жените Ромки до примарната здравствена заштита преку зголемено информирање и свесност за потребата од превенција и отворање на гинеколошки ординации во општините со значителен број на Роми и Ромки. Следниве активности предвидени со овој план се: информативни средби за промоција на здрави животни навики, стекнување и остварување на правата за здравствена заштита, однос пациент/лекар; спроведување на истражувањето за детектирање на здравствената состојба на Ромките во Македонија; медиумска кампања за превенција на инфективни заболувања, туберкулоза, сексуално преносливи болести, карцином на дојка и матка; утврдување на законските можности за отворање на гинеколошки ординации во општините со значителен број Роми (општини во кои нема ваква услуга). За сите активности е одговорно Министерството за здравство, при што финансиски средства ќе се одвојат од Буџетот¹ на одговорното министерство и донатори (неспецифицирано и неутврден износ).

За спроведување на овој план се подготвени и се објавени извештаи за 2012 година (32) и извештај за првата половина на 2013 година (33). И покрај подготвените извештаи, сепак во нив не се содржани податоци што ќе укажуваат на степенот на спроведување на предвидените активности на споменатиот план. Тие повеќе наликуваат на информатор за спроведени активности на Министерството и Институтот за јавно здравје .

¹ Точно се утврдени потребните средства само за активностите наменети за истражување за утврдување на здравствената состојба на Ромките.

IV.

ВКЛУЧУВАЊЕ НА ГРАЃАНИТЕ ПРИ ПОДГОТОВКА И СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ ПОЛИТИКИ

Окрај тоа што не постои законска обврска за вклучување на граѓаните и граѓанските организации во развојот на здравствената стратегија и стратешките планови, Министерството за здравство не воспоставува ниту практика, ниту пак предвидува активности со кои би се овозможило активно учество на граѓанските организации во подготовката и имплементацијата на здравствената стратегија и стратешките планови.

Од друга страна, пак, процесот предводен од Министерството за труд и социјална политика за подготовка на ревизијата на Националниот акционен план за здравство во склоп на Декадата за вклучување на Ромите, беше реализиран со широко вклучување на граѓанските организации. Исто така во ревидираниот акционен план е предвидено каде ќе бидат вклучени граѓанските организации во неговата реализација.

Здравствена стратегија

Не постои специфична законска обврска согласно со која граѓаните, односно одредени ранливи групи можат да учествуваат во развојот на здравствената стратегија и стратешките планови за здравство, освен законската обврска на осигурените лица да имаат свој претставник во Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување.

Вклучувањето на јавноста во подготовка на здравствените политики, односно нивното влијание во здравствениот систем е незначително².

² Учебникот по предметот Право и јавно здравство го оценува вклучувањето на граѓаните како вклучување на „релативно ниско ниво“, проф. д-р Борче Давитковски и други, 2009.

Практично единствен начин на кој граѓаните би можеле да бидат вклучени е преку граѓанските организации што работат во областа на здравството и здравствените права и на тој начин индиректно би можеле да ги претставуваат интересите на граѓаните. Според податоците на Централниот регистар³ од вкупно 6922 здруженија на граѓани, 816 се занимаваат со прашањето за здравство, додека од вкупно 118 ромски здруженија, 17 се занимаваат со прашањето за здравство. Од ова може да се заклучи дека постојат сосема доволен број граѓански организации што би можеле да дадат свој придонес за унапредување на состојбите.

Во здравствената стратегија нема податоци за тоа дали и на кој начин граѓаните, односно корисниците на здравствена заштита учествувале при подготовка на овој документ. Во неа како дел од заложбите на МЗ за до 2020 година во делот на приоритети за управување со реформата на здравствената заштита е наведено дека: „задоволството на пациентите од здравствените услуги ќе се следи и ќе биде важен индикатор за прогресот на реформските активности и постигнувањето квалитетна здравствена заштита“. Во овие заложби воопшто не се споменати граѓанските организации и можноста за нивно вклучување во работата на Министерството.

Стратешкиот план 2012–2014 година во делот кој се однесува на – Подобра соработка и размена на информации меѓу сите заинтересирани страни, зајакнати капацитети за човечки ресурси на сите нивоа –односно под точка 2 (два) насловена Транспарентност во работењето предвидува вклучување на граѓанското општество при донесување на одлуки од јавен интерес и управување со јавни финансии и подготовка на концепт за учество на локалните структури и НВО во развивањето и спроведувањето на информативни кампањи и едукативни работилници за унапредување на здравјето и превенција од болести (страни 23 и 24 од планот). И покрај вака предвидените заложби како индикатори за мерење на успешноста на овие активности во планот се наведени: подготвена програма за финансирање на здруженија на граѓани и фондации, спроведени кампањи – проекти во соработка со НВО и локални структури и подобрена меѓусекторска соработка и координација (страна 38 од планот).

Од ова може да се заклучи дека Министерството за здравство, ниту во здравствената стратегија, ниту пак во стратешките планови не предвидува специфични активности што значат вклучување на граѓаните и граѓанските организации во процесите на донесување на одлуки на ниво на министерство, односно нив ги третира на ниво на потрошувачи на услугите и како извор на податоци за успешноста на реформските потфати што ги обезбедува.

Декада за вклучување на Ромите

Во однос на креирањето на специфични здравствени стратегии за Ромите, односно процесот на ревизија на Националниот акционен план за здравство (во склоп на Декадата за вклучување на Ромите), кој беше предводен од Министерството за труд и социјална политика, беше реализиран со широко вклучување на граѓанските организации и тоа пред сè ромските граѓански организации и граѓанските организации што работат на полето на здравството (28).

³ Одговор по барање на информации за јавен карактер бр. 08-2553/4, Централен регистар на РМ. Добиените податоци се заклучно со 15 ноември 2013 година.

V.

ФИНАНСИРАЊЕ ВО ЗДРАВСТВОТО

Во РМ во изминатите осум години се направени неколку измени во системот на финансирање на здравството што негативно влијаеја врз неговото натамошно функционирање. Ваквите измени доведоа до намалување на износот на приходи што дотогаш се остваруваа во јавниот буџет за здравство, потоа го ограничија пристапот на граѓаните до здравствените услуги, ја зголемија зависноста на здравствениот систем од средствата обезбедени преку задолжување и приватните надоместоци на граѓаните и ја нарушија финансиската одржливост на здравствениот систем.

Сегашната поставеност на политиката на финансирање на здравствениот систем во РМ води кон: континуирано зголемување на износот на средства што граѓаните ги трошат од домашниот буџет за здравство, а намалување на јавните трошоци за оваа намена; издвојување на помалку средства за здравство од централниот буџет во однос на буџетот на јавните фондови; трошење на помалку средства од централниот буџет за здравство во однос на другите јавни функции; поинтензивно зголемување на учеството на средствата од донации и кредити во буџетот за здравството, во однос на средствата обезбедени од основниот буџет на државата итн.

Постојните здравствени политики и програми ги издвојуваат Ромите како посебна вулнерабилна група и ја идентификуваат потребата од преземање на активности што директно ќе бидат наменети за ромските заедници, но во најголемиот дел од нив не се издвојуваат буџетски средства за нивно спроведување. Во изминатите осум години Владата на РМ предвидуваше да издвои средства за спроведување на специфични мерки за унапредување на здравјето на Ромите по две постојни буџетски програми, при што вообичаено алоцираше минимален износ на средства за овие намени. На крајот на секоја буџетска година Владата не обезбедуваше податоци за тоа колку средства се потрошени за нив.

Клучни измени во финансирањето на здравствениот систем на РМ

Република Македонија е земја со социјален здравствен систем доминантно финансиран со средства обезбедени преку наплата на задолжителни социјални придонеси од вработените граѓани, а многу малку со средства обезбедени од буџетот на Републиката.

Измените на стапката за задолжително здравствено осигурување (34) и измените на условите за здравствено осигурување на лица што не се здравствено осигурени по ниту еден основ (35) претставуваат круцијални измени во системот на финансирање на здравството. Придонесите за задолжително здравствено осигурување што ги плаќаат вработените граѓани претставуваат најзначаен извор на приходи во буџетот за здравство (повеќе од 80% од вкупните остварени приходи во буџетот за здравство). Во периодот од 2010 до 2012 година стапката на придонесите на плата за задолжително здравствено осигурување е намалена во два наврати и тоа, од 9,2% во 2006 година, беше намалена на 7,3% во 2010 година и на 6% во 2011 година. Во истиот период вкупниот број на здравствено осигурени лица е намален за 8%, а пак бројот на лично осигурени лица за 4% (36). Во исто време, официјалните податоци објавени од Државниот завод за статистика покажуваат дека бројот на вработени лица во 2012 година е намален за 0,3% во однос на 2010 година⁴. Ваквата Владина политика, која имаше за цел да го поттикне намалувањето на стапката на невработеност, намалувањето на трошоците за здравствено осигурување и одржување на приходите од здравственото осигурување на исто или повисоко ниво, всушност доведе до намалување на износот на приходите од задолжителното здравствено осигурување во буџетот за здравство за 4,9%⁵ во 2012 во однос на 2010 година.

Во група на лица што не се здравствено осигурени по ниту еден основ влегуваат лицата што не се здравствено осигурени по ниту еден основ и што живеат во социоекономски неповолни услови, а не се приматели на социјална помош. Владата во 2009 година, со цел да го олесни пристапот на оваа група на граѓани, воведо мерка за бесплатно здравствено осигурување за чија реализација предвиде средства во буџетот на Министерството

⁴ Број на вработени лица: 659.557 во 2010 година; 639.340 во 2011 година и 657.849 во 2012 година.

⁵ Приходи од социјално осигурување во буџетот на ФЗОМ: 287 милиони евра во 2010 година и 273 милиони евра во 2012 година.

за здравство, кои не беа доволни да ги покријат трошоците за оваа група на граѓани (37). По две години, во 2011 и 2013 година, Владата направи измени во мерката за бесплатно здравствено осигурување и го ограничи нејзиниот универзален карактер така што можноста да се користи оваа мерка ја ограничи само за граѓаните што не се здравствено осигурени по ниту еден друг основ и не остваруваат приход повисок од 131 евро на месечно ниво. Овие измени се позитивни за Владата, бидејќи се намали буџетскиот трошок за здравствено осигурување за оваа група граѓани, но се негативни за граѓаните, бидејќи им се ограничува пристапот до здравствени услуги.

Ваквата политика води кон креирање на финансиски неодржлив здравствен систем; изместување на начелото на солидарност и универзалност, кој е во темелот на социјалниот здравствен систем; зголемување на зависноста на здравствениот систем од средствата обезбедени преку задолжување, донации и приватни надоместоци на граѓаните.

Регулирање на системот за финансирање на јавното здравство

Финансиското работење и финансискиот менаџмент во институциите од јавниот здравствен сектор во РМ се регулирани со низа правни норми утврдени со: Законот за буџетите (38); Законот за извршување на буџетите (39); законите со кои се регулираат одделните видови на јавни приходи; Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување (40); Законот за јавен долг (41); Законот за донации и спонзорства во јавни дејности (42); Законот за здравствена заштита (11) и Законот за здравствено осигурување (13). Преку овие закони директно или индиректно е уредена постапката на прибирање, распределување и управување со финансиските средства на институциите од јавниот здравствен сектор во насока на унапредување на здравјето и здравствената заштита на населението. А пак со нив, како што е наведено во законите, треба да се обезбеди: регулирано, планирано, навремено и транспарентно прибирање на средства; правична дистрибуција на прибраните средства во насока на задоволување на основните здравствени потреби на граѓаните на РМ; регулирано, планско, оправдано и транспарентно трошење на расположливите средства и обезбедување на основните здравствени услуги и надминување на тековите здравствени проблеми.

Извори на приходи во јавниот здравствен буџет

Основните јавни здравствени услуги, согласно со Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување, се обезбедуваат со средствата од **Буџетот на Фондот за здравствено осигурување на РМ** и **Централниот буџет на РМ**, односно буџетот на Министерството за здравство. Средствата во буџетот на Фондот за здравствено осигурување се обезбедуваат со наплата на средства во облик на: задолжителни социјални придонеси за здравство⁶; дополнителен придонес за случај на повреда на работа и професионално заболување; трансфери од централниот буџет на РМ и учество на осигурениците. Додека пак, средствата во Централниот буџет на РМ (буџетот на Министерството за здравство) се обезбедуваат преку: средства од основниот буџет; средства од самофинансирачки активности; средства од донации и средства од заеми.

Основни здравствени услуги финансирани од јавниот здравствен буџет

Согласно со Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување преку средствата прибрани во буџетот на РМ (буџетот на Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување) на граѓаните им се обезбедуваат **здравствени услуги во примарната, специјалистичко-консултативната и болничката заштита и здравствени услуги преку владините Програми за превентивна и куративна здравствена заштита.**

Во примарната здравствена заштита за граѓаните се обезбедуваат: здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба; преземање на стручно-медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето; укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно; лекување во ординација, односно во домот на корисникот; здравствена заштита во врска со бременост и породување; спроведување на

превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки; превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите и лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност.

Во специјалистичко-консултативната здравствена заштита се обезбедуваат следниве здравствени услуги: испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба; спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки и протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства според индикации утврдени со општ акт на ФЗОМ на кој министерот за здравство дава согласност.

Со болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита се обезбедуваат следниве здравствени услуги: испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови; лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува ФЗОМ на кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали што служат за примена на лековите и санитарските и други материјали потребни за лекување; сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена и обдукција на умрени по барање на здравствени установи.

Со средствата од буџетот на РМ на граѓаните им се обезбедуваат следниве здравствени услуги за превентивна и куративна здравствена заштита: мерки и активности за заштита од штетното влијание врз здравјето на населението од гасови, бучава, јонизирачко и нејонизирачко зрачење, загаденост на водата, земјиштето, воздухот и храната и други штетни влијанија врз животната и работната средина; мерки и активности за зачувување на здравјето на населението; мерки и активности за откривање и спречување на заразни болести; обезбедување на хигиенско-епидемиолошки минимум на населението; превенција и лекување на заразни 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 трошоци за болни што се третираат со дијализа; обезбедување на лекови за трансплантирани болни; обезбедување на инсулин, цитостатици и хормон за раст; мерки и активности утврдени со посебни програми и итна медицинска помош.

⁶ Придонеси од: платите и надоместоците на платите на вработените, пензиите и надоместоците од пензиското и инвалидското осигурување, самовработените лица; средства за невработените лица и средствата на другите обврзници на придонес.

Анализа на трошоците за здравство

Во РМ, според податоците објавени од СЗО, во периодот од 2005 до 2011 година, **за здравство номинално се трошат во просек 434 милиони евра или реално 377 милиони евра на годишно ниво**. Реалниот трошок за здравството го покажува реалниот износ на потрошени средства за здравството, изземајќи го влијанието на инфлацијата. Што значи дека во РМ, реално на годишно ниво, за здравство се трошат 57 милиони евра помалку, земајќи ја предвид ерозијата на вредноста на средствата предизвикана со инфлацијата⁷. При што 64% од вкупните трошоци за здравство се јавни буџетски трошоци, а 36% претставуваат приватните трошоци⁸ за здравство. Речиси целиот износ на приватни трошоци е направен со средства од личниот буџет на граѓаните (99%)⁹ (Графикон бр. 1). Во истиот период јавните и приватните трошоци за здравство во просек на годишно ниво растат за 2%. Но, доколку стапката на пораст на овие трошоци се следи поодделно за секоја година, може да се воочи дека приватните трошоци за здравство бележат прогресивен пораст, а пак јавните трошоци за здравство бележат континуирани осцилации, без континуирана прогресија (Графикон бр. 2). Приватните трошоци на граѓаните направени со средствата од личниот буџет за здравство секоја година заземаат сè поголемо учество во вкупната лична потрошувачка на домаќинствата. Односно, учеството на приватните трошоци за здравство направени од личниот буџет на граѓаните во вкупната лична потрошувачка секоја година расте во просек за 3%. Додека пак, трошоците за здравство што ги прави државата во просек секоја година учествуваат со 3% помалку во вкупната јавна потрошувачка (Графикон бр. 3).

Според податоците на СЗО во периодот од 2005 до 2011 година **во РМ на годишно ниво во просек се трошат 184 евра по глава на жител (per capita) за здравство**. Секој граѓанин од личниот буџет во текот на една година, во анализираниот период, потрошил во просек 67 евра за здравство. А пак во истиот период, државата троши во просек 117 евра по глава на жител за здравство и здравствена заштита (Графикон бр. 4).

⁷ Сите податоци презентирани понатаму во ова поглавје се пресметани според вредноста на средствата од 2005 година.

⁸ Под приватни трошоци се подразбира лични трошоци на граѓаните и трошоци на други приватни организации што вршат супституција на функциите на јавното здравство.

⁹ Според СЗО во приватни трошоци влегуваат и трошоците за здравство направени од граѓански организации.

Доколку трошоците за здравство се разгледуваат од аспект на нивното учество во вредноста на остварениот бруто домашен производ на РМ, тогаш се воочува дека **вкупните трошоци за здравство секоја година, во периодот од 2005 до 2011 година, во просек претставуваат 7% од вредноста на остварениот бруто домашен производ на РМ (БДП¹⁰)**. Аналогно на тоа, јавните трошоци за здравство претставуваат во просек 5%, а пак приватните трошоци 2% од остварениот БДП на годишно ниво. Гледано од аспект на годишната апсолутна стапка на пораст, во РМ БДП расте поинтензивно во однос на порастот на вкупните трошоци за здравство. Па така во анализираниот период **износот на остварениот БДП на РМ секоја година расте во просек за 6%, што претставува 4 процентни поени повеќе од порастот на вкупните трошоци за здравство, што изнесуваат 2%** (Графикон бр. 5).

Анализа на јавните трошоци за здравство

Средствата со кои се финансира функционирањето на јавниот здравствен сектор во РМ се обезбедени од два извори и тоа: буџетот на Фондот за здравствено осигурување на РМ и буџетот на Министерството за здравство на РМ. Според податоците на СЗО, во периодот од 2005 до 2011 година **од буџетот на ФЗОМ за оваа намена се потрошиле во просек 234,8 милиони евра на годишно ниво, а пак од буџетот на МЗ се потрошиле 5,9 милиони евра**.

Од централниот буџет на РМ (буџетот на централната влада без јавните фондови) **за здравството, како функција на централниот буџет, секоја година се алоцира и се троши во просек 3% од вкупните средства во буџетот**. Со оваа динамика на распределба на средствата од централниот буџет, здравството претставува функција на централниот буџет за која се алоцираат и се трошат најмалку средства. Односно, за здравство од централниот буџет се алоцираат и се трошат помалку средства во однос на културата, одбраната, општите јавни служби, јавениот ред и мир, образованието, социјалната заштита и економските работи¹¹ (Графикон бр. 6).

Во периодот од 2005 до 2011 година, според податоците на СЗО, од вкупните буџетски расходи (1,854 милиони евра), 12,9% или **240,7**

¹⁰ Бруто домашен производ претставува вредност на вкупно произведените финални добра и услуги во економијата.

¹¹ Подредувањето на функциите, според средствата наменети за нивно извршување, е извршено врз основа на податоците од централниот буџет.

милиони евра се трошат за функционирање на јавниот здравствен сектор на годишно ниво¹² (Графикон бр. 7).

Најголем износ на средства од буџетот на РМ се наменуваат за здравствено осигурување на пензионирани лица (средства потрошени од буџетот на Фондот за пензиско и инвалидско осигурување), **кои во просек на годишно ниво претставуваат 20% од вкупно наменетите средства од државниот буџет за здравство**. Понатаму следуваат средствата наменети за: куративна здравствена заштита (10%), капитални расходи (9%), здравствено осигурување на невработени (8%) и надомест за породилно отсуство (5%). За другите намени државата троши незначителен износ на средства (Графикон бр. 8).

Од буџетот на Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на РМ во периодот од 2005 до 2012 година **најмногу средства се потрошени за стоки и услуги**¹³ (74% од вкупно направените трошоци од државниот буџет за здравство). Остатокот од средствата се потрошени за: купување на опрема и градење на објекти (9%); обезбедување на социјални бенефиции¹⁴ (8%); и покривање на здравствено осигурување на невработените (7,5%) (Графикон бр. 9).

Средства за унапредување на здравјето на Ромите, алоцирани и потрошени од јавниот здравствен буџет

Владата на РМ во периодот од 2005 до 2012 година предвиде специфични активности, мерки и средства во централниот буџет за унапредување на здравјето и здравствената заштита на Ромите по неколку основи тоа: средства за имплементирање на мерките и активностите за унапредување на здравјето на Ромите и надминување на здравствените проблеми со кои тие се соочуваат, а се утврдени со Национален акционен план за здравје на Ромите како дел од обврските на РМ што произлегуваат од Декадата за вклучување на Ромите (2005–2015 година) и за Програмата за активна здравствена заштита на мајки и деца.

¹² Во оваа пресметка влегува буџетот на Министерството за здравство и буџетот на ФЗОМ.

¹³ Во оваа категорија влегуваат патни и дневни расходи; комунални услуги, греење, комуникација и транспорт; ситен инвентар, алати, поправки и тековно одржување; договорни услуги и привремени вработувања. Најголем износ на средства се исплатени од оваа ставка за договорни услуги или речиси 90%.

¹⁴ Во оваа буџетска категорија влегуваат: надомест за боледување, надомест за патни трошоци, надомест за породилно отсуство и други надоместоци. Најголем дел од средствата, речиси 50%, се плаќаат за породилни отсуства.

Во истиот период во повеќе Владини стратегии, планови за работа и програми, ромското население се издвојува како посебна вулнерабилна група и се идентификува потребата за преземање на кон нив насочени активности за унапредување на здравјето на Ромите и здравствената заштита во ромските заедници, но не се издвојуваат средства за преземање на конкретни активности насочени само кон оваа етничка група. Такви политики и програми се: Програмата за систематски прегледи на студенти и ученици; Акциски план за имунизација 2012 – 2015 година; Акциски план за безбедно мајчинство 2010 – 2015; Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје 2013 итн.

За имплементација на специфичните мерки и активности за унапредување на здравјето на Ромите, од централниот буџет, во периодот од 2005 до 2011 година, Владата на РМ потрошила вкупно 60.553,00 евра, односно 1,2% од вкупно потрошените средства за здравство од централниот буџет (5,9 милиони евра) или 1,4% од вкупно планираните средства за реализација на специфичните мерки за унапредување на здравјето на Ромите (4.270.456,00 евра).

Во периодот од 2005 до 2011 година за реализација на активностите од НАП за здравство во склоп на Декадата за вклучување на Ромите, Владата на РМ планирала да издвои вкупно 4.231.919,00 евра. Првата алокација на средствата за оваа намена Владата ја извршила во 2009 година, при што до 2011 година во буџетот на Министерството за здравство за таа намена биле алоцирани вкупно 22.016,00 евра или 0,5% од вкупно планираните. Во завршната сметка на буџетот на РМ и финансиските извештаи на Министерството за здравство, не постои податок за износот на потрошени средства за поддршка на Декадата за вклучување на Ромите во периодот од 2009 до 2011 година (Графикон бр. 11).

Од буџетот на Министерството за здравство, започнувајќи од 2011 година, Владата на РМ алоцира средства за реализација на специфични превентивни мерки за унапредување на здравјето на децата од ромските средини преку Програмата за активна здравствена заштита за мајки и деца. За извршување на овие активности од буџетот на Министерството за здравство во периодот од 2011 до 2012 година биле алоцирани вкупно 38.537,00 евра или 11% од вкупниот буџет на оваа Програма (338.211,00 евра). Нема достапен податок кој покажува колкав износ од средствата наменети за имплементација на специфичните мерки се потрошени во анализираниот период (Графикон бр. 11).

VI.

СРЕДСТВА ВО ЈАВНИОТ БУЏЕТ ЗА ЗДРАВСТВО ОБЕЗБЕДЕНИ ОД НАДВОРЕШНИ ИЗВОРИ

Вкупниот јавен долг на централната власт во РМ⁵ во периодот од 2005 до 2012 година бележи тренд на континуиран пораст и **секоја година расте во просек за 6%**. Во анализираниот период порастот на јавниот долг на централната власт е обратно пропорционален на порастот на БДП. Односно, долгот на централната власт расте континуирано и со поголем интензитет од порастот на БДП (Графикон бр. 10). Долгот на централната влада и јавните фондови во периодот од 2005 до 2012 година изнесува во просек 1.785 милиони евра на годишно ниво, што претставува во просек речиси 30% од вредноста на БДП. Од аспект на структурата на јавниот долг, најголем износ на средства централната влада и јавните фондови обезбедуваат преку задолжување кај странски доверители. Овој износ претставува 66% од вкупниот износ на средствата обезбедени преку задолжување (Графикон бр. 10).

Во периодот од 2005 до 2012 година, според податоците во Завршната сметка на буџетот на РМ, **91,5% од потрошените буџетски средствата во здравството се обезбедени од јавни фондови¹⁶; 7% од основниот буџет на РМ⁷; 2% од заеми и донации и 1% од самофинансирачки активности¹⁸.**

Според СЗО во периодот од 2005 до 2011 година годишно ниво во просек се трошат 5,6 милиони евра обезбедени од надворешни извори, што во просек претставуваат 2% од вкупните јавни трошоци за здравство. Износот на средствата обезбедени од надворешни извори претставува 3 евра по жител.

¹⁵ Во вкупниот долг на централната власт влегува вкупниот износ на средства што централната Влада и јавните фондови го обезбедиле преку задолжување дома и во странство.

¹⁶ Средства обезбедени од фондови претставуваат средства од буџетот на ФЗОМ.

¹⁷ Средствата обезбедени од основниот буџет претставуваат приходи што државата ги прибрала со наплата на јавни давачи и ги наменила за здравство.

¹⁸ Процентите се добиени врз основа на податоци од Завршната сметка на буџетот на РМ.

Најголема стапка на пораст во периодот од 2005 до 2012 година **бележат средствата обезбедени преку заеми и донации**. Во јавниот здравствен буџет средствата обезбедени преку кредити секоја година се зголемуваат во просек за 62%, додека пак средствата обезбедени во облик на донации секоја година растат за 42%.

Средствата обезбедени од основниот буџет на државата бележат пораст од 7% на годишно ниво, средствата обезбедени преку фондовите не бележат значајни промени, а пак средствата обезбедени преку самофинансирачки активности значително опаѓаат (Графикон бр. 12).

Според податоците презентирани во Завршната сметка на буџетот на РМ во периодот од 2009 до 2012 година¹⁹ за промовирање и за развој на здравствениот сектор од донации и грантови се потрошени 2 милиони евра. Додека пак, во истиот период е остварена странска помош во износ од 27,7 милиони евра²⁰. Најголем износ на донации во централниот буџетот за здравство во овој период се обезбедени од страна на проект ХОПЕ (16,4 милиони евра) во облик на опрема, лекови и потрошен медицински материјал. Во истиот период преку грантови во централниот буџет за здравство се обезбедени 7 милиони евра, од Глобалниот фонд за борба против СИДА, туберкулоза и маларија (5,6 милиони евра) и холандската влада (ОРИО-грантот во износ од 487.250,00 евра).

Според информациите содржани во Завршната сметка на буџетот на РМ, во буџетот за здравство од 2009 до 2012 година се потрошени 14 милиони евра обезбедени преку кредити. Нема достапен податок за тоа кои институции го кредитираат здравството во РМ и за која намена се искористени вака обезбедените средства.

¹⁹ 2009, 2010, 2011 и 2012 година се предмет на анализа заради фактот што нема јавно расположливи податоци за реалниот износ на странска помош во јавното здравство за ниту една година, а за овие години беа добиени податоци преку барањата за пристап до информации од јавен карактер.

²⁰ Податоци добиени преку барања за пристап до информации од јавен карактер.

VII. СОЦИОЕКОНОМСКИТЕ ФАКТОРИ КАКО СОЦИЈАЛНИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЈЕТО

„Најголем фактор за здравјето е невработеноста и беспарицата. Ако имаш пари ќе имаш и здравје и сѐ, а ако немаш, тогаш ништо. Сега имам 55 години, невработен сум, барам работа, а каде што одам да барам работа ми викаат а, бе стар си за работа. Јас сакам да работам, не сакам социјална помош, сакам да работам и сам да си ги заработам парите“
(изјава на испитаник Ром од Делчево).

„Јас сум тешко болна со дијабетес и многу други дијагнози, примаме некоја социјална помош, ама парите не ни стигаат. Тешко ми е со две деца дома невработени, треба и за струја и за вода, а не стигаат. Треба да јадам четири пати дневно, а исхраната ми е слаба, таблети редовно немам, а разни дијагнози имам од шеќерот. Не можам ни да се движам веќе“
(изјава на испитаничка Ромка од Делчево).

Образованието, работниот статус, семејните приходи, семејството и условите за домување претставуваат значајни социјални детерминанти што имаат влијание врз здравјето на поединците и групите од населението.

Нискиот степен на образование кај Ромите, невработеноста, ниските приходи и поголемиот број членови во семејствата, како и несоодветните услови за домување се социјални детерминанти што имаат негативно влијание врз здравствената состојба кај Ромите, како и врз нивната можност за остварување на правата од здравствена заштита.

Образование

Ромите се со значително понизок степен на образование од припадниците на другите етнички групи. Особено загрижувачки е високиот степен на лица што не знаат да читаат и да пишуваат и лица без завршено основно образование, што не е случај кај другите испитаници. Од друга страна, значително е помал процентот на испитаници Роми што имаат завршено средно или високо образование, во споредба со другите испитаници. За илустрација, 17,4% од Ромите не знаат да читаат и да пишуваат, додека тоа е случај кај само 0,5% од другите лица, додека пак средно образование имаат завршено само 26,3% од Ромите, за разлика од припадниците на другите етнички групи кај кои што процентот е 47,3% (Табела бр. 1).

Работен статус

Ромите во значително поголем процент се невработени, но, од друга страна, многу поголем процент од нив се корисници на социјална парична помош за разлика од другите испитаници. Невработени се 32,3% од Ромите, за разлика од припадниците на другите етнички групи каде што процентот на невработеност е 13,8%. Корисници на социјална парична помош се 21,3% од Ромите, за разлика од другите испитаници каде што процентот е само 5,3% (Графикони бр. 13 и бр. 14).

Приходи

Семејните месечни приходи во ромските домаќинства се значително пониски од приходите на другите домаќинства. Секако оваа состојба се должи пред сè на фактот дека во значителен процент во ромските домаќинства приходите се засноваат на социјална парична помош и на неформална и непостојана работа. Имено, нешто повеќе од една четвртина од ромските домаќинства живеат со месечни приходи под 3.000,00 денари, додека ова е случај само кај 5,4% од другите домаќинства (Графикон бр. 15).

Просечниот месечен приход, пак, на ромските домаќинства изнесува 6.000,00 денари, додека просечниот месечен приход на другите домаќинства изнесува 18.000,00 денари. Според податоците на Државниот завод за статистика, вкупните расположливи средства во просек по домаќинство за 2012 година на месечно ниво изнесувале 27.370,00 денари (42). Од овие податоци може да се заклучи дека просечните месечни приходи во ромските домаќинства се за два и пол пати помали отколку просечните приходи во другите домаќинства. Додека просечните месечни приходи во ромските домаќинства се за четири и пол пати пониски во однос на официјалниот податок за просечни вкупни расположливи средства по домаќинство на ниво на РМ.

Брачна состојба и семејство

Кај Ромите сèуште во значителен степен е присутен традиционалниот брак, односно живеењето во нерегистрирана брачна заедница, што е многу малку застапено кај припадниците на другите етнички групи. Оваа појава при која Ромите влегуваат во

традиционален брак, но не го регистрираат во матичните служби, може негативно да се одрази и врз правото на здравствена заштита, особено во однос на остварување на правото на здравствено осигурување преку брачниот партнер, согласно со Законот за здравственото осигурување (43). Имено, 22,7% од Ромите живеат во нерегистрирана брачна заедница, додека тоа е случај кај само 3% од припадниците на другите етнички групи (Графикон бр. 16).

Ромите во просек имаат повеќе деца отколку другите граѓани, имено околу 40% од испитаниците Роми имаат три или повеќе деца, додека нешто повеќе од половината од другите испитаници имаат по две деца (Графикон бр. 17). Земајќи ја предвид поголемата бројност на ромските домаќинства, ниските приходи претставуваат уште поголем проблем за Ромите, споредено со другите граѓани.

Домување

Ромите имаат понеповолни услови за домување во споредба со испитаниците од другите етнички групи. Во живеалиштата на ромските домаќинства во просек на еден член од семејното домаќинство отпаѓа по 0,5 соби, додека кај испитаниците од другите етнички групи во просек на еден член од семејното домаќинство отпаѓа по 1 (една) соба.

Иако поголемиот дел и од ромските и од другите домаќинства имаат пристап до водовод, сепак домаќинствата на испитаниците од другите етнички групи во поголем процент имаат водовод во самите живеалишта (92,1%) за разлика од ромските домаќинства (77,4%) (Графикон бр. 18). Исто така, поголемиот дел од домаќинствата се поврзани со канализација (93,5% од ромските домаќинства и 96,8% од другите домаќинствата), меѓутоа кај ромските домаќинства во помал процент санитарниот јазол се наоѓа внатре во живеалиштето (63,1%) за разлика од другите домаќинства (86,5%). Исто така двојно е поголем процентот на ромските домаќинства што користат септички јами (5,9%) за разлика од другите домаќинства (3,1%). Иако во мал процент, сепак постојат и ромски домаќинства што немаат никаков санитарен јазол, додека такви домаќинства не се среќаваат помеѓу испитаниците од другите етнички групи (Графикон бр. 19).

VIII. ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА

Негативните социјални детерминанти коишто се присутни кај ромското население очигледно влијаат врз здравствената состојба кај ова население. Кај Ромите се забележува понеповолна здравствена состојба за разлика од припадниците на другите етнички групи, изразена преку самопријавената здравствена состојба, како и преку честотата на акутни заболувања.

Додека пак, Ромите што боледуваат од хронични здравствени проблеми во помал процент успешно се справуваат со нив поради несоодветно придржување до препишаната терапија, меѓутоа и поради тоа што добиваат здравствени услуги со понизок квалитет за разлика од другите лица.

Самопријавена здравствена состојба

Ромите во просек сопственото здравје го оценуваат полошо отколку испитаниците од другите етнички групи. Имено, како „многу добро“ сопственото здравје го оценуваат 16,1% од испитаниците Роми и 20,7% од другите испитаници, додека како „лошо“ сопственото здравје го оценуваат 17,1% од испитаниците Роми и 11,5% од другите испитаници (Графикон бр. 20).

Акутни здравствени проблеми

За разлика од припадниците на другите етнички групи Ромите во значително поголем процент и почесто страдаат од акутните респираторни и гастроинтестинални заболувања. Потврда за оваа состојба е тоа што во изминатите 12 месеци Ромите боледувале од акутни респираторни инфекции (вклучувајќи настинки, грип, акутни бронхитиси и слично) за 10% повеќе за разлика

од другите испитаници (Графикон бр. 21). Исто така Ромите почесто заболуваат од овие заболувања (во просек 2,9 пати) во изминатите 12 месеци за разлика од другите испитаници (во просек 2 пати).

Состојбата е поизразено негативна за Ромите, кога се работи за гастроинтестиналните инфекции, бидејќи една половина од испитаниците Роми, за разлика од една третина од другите испитаници, боледувале од најмалку една гастроинтестинална инфекција во изминатите 12 месеци (Графикон бр. 22).

Ромите исто така значително повеќе страдаат и од сексуално преносливи инфекции за разлика од другите испитаници, бидејќи во изминатите 12 месеци СПИ им биле дијагностицирани на 5,1% од испитаниците Роми и на 2,5% од испитаниците од другите етнички групи.

Хронични здравствени проблеми

Ромите и припадниците на другите етнички групи во речиси иста стапка страдаат од хронични незаразни заболувања, меѓутоа Ромите што страдаат од хронични заболувања во помал процент редовно ја примаат потребната терапија и добиваат здравствени услуги со понизок квалитет отколку припадниците на другите етнички групи што страдаат од истите заболувања.

Иако мнозинството од овие лица редовно ја прима потребната терапија, кај испитаниците Роми тој процент е за 10% помал, отколку кај испитаниците од другите етнички групи (Графикон бр. 24).

Дека Ромите што страдаат од хроничен здравствен проблем во помал процент добиваат квалитетни здравствени услуги во однос на другите испитаници може да се заклучи преку следниве наоди – дека лекарот во целост им укажува за потребата од практикување на здрави животни стилови изјавиле 60,8% од испитаниците Роми, а истото го изјавиле 82,1% од другите испитаници; дека лекарот во целост им укажува за потребата од редовно земање на препишаната терапија изјавиле 74,3% од Ромите, додека истото го изјавиле 87,6% од другите испитаници (Графикони бр. 25 и бр. 26).

IX. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Здравствената заштита во РМ, согласно со Законот за здравствена заштита, се заснова врз единството на превентивните, дијагностичко-терапевтските и рехабилитационите мерки и врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување на квалитетен и сигурен здравствен третман. Здравствената дејност е дејност од јавен интерес која што се врши како јавна служба и тоа на примарно, секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита. Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедуваат здравствени услуги од основниот пакет, како и мерки за унапредување на здравјето и превентивните мерки и активности, кои се важен дел од овој пакет.

Состојбата со опфат со здравствено осигурување е на високо ниво, како кај Ромите така и кај другите испитаници, со тоа што главна бариера за обезбедување на осигурувањето кај Ромите е немањето на документи. Исто така, и кај Ромите и кај другите постои висок опфат на избран матичен лекар со тоа што како најголема пречка за немање избран матичен лекар кај Ромите е немањето здравствено осигурување. Редовната имунизација кај децата Роми е сèуште на пониско ниво за разлика од децата од другите етнички заедници.

Ромите, слично како и другите, може да добијат здравствени услуги на повисоко ниво на здравствена заштита во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, а потребата за нив е во сличен обем како и кај другите. Сепак остава впечаток дека Ромите се генерално по незадоволни од здравствените услуги што ги добиваат на овие повисоки нивоа на здравствена заштита, и тоа од односот на здравствениот персонал кон нив, од квалитетот на услугата, недобивањето на дополнителни информации за состојбата и неможноста за поставување на дополнителни прашања до медицинскиот персонал, во прв ред докторите.

А. Примарна здравствена заштита

Здравствено осигурување

Опфатот на Ромите и на другите испитаници е на високо ниво и не се забележува значителна разлика во однос на поседувањето на здравствено осигурување, односно здравствено осигурување поседуваат 92,9% од Ромите и 93,9% од другите. Кај оние лица што немаат обезбедено, најчеста причина за немање на здравствено осигурување е немањето на документи потребни за остварување на правото на здравствено осигурување. Ромите во поголем процент (45,8%) го нотирале ова како причина за немање на здравствено осигурување од другите(37,8%). Како втора најчеста причина за немање на здравствено осигурување испитаниците Роми го навеле незнаењето како да го остварат правото на здравствено осигурување (14,6%), додека втора најчеста причина кај другите е непријавување од страна на работодавците (18,9%) (Графикон бр. 27).

Матичен доктор и матичен стоматолог

Слично како и со здравственото осигурување, процентот на Роми и на другите што имаат одбрано матичен доктор е на високо ниво од 93,3%. Сепак, кај оние лица што немаат одбрано матичен доктор, од Ромите како најчеста причина за немање матичен доктор (47,5%) е наведено отсуството на обезбедено здравствено осигурување, што е многу повеќе во споредба со другите испитаници (4,9%) кои, пак, во најголем дел одговориле дека немаат одбрано матичен доктор од причина што сметаат дека немаат потреба од него (26,8%) (Графикон бр. 28). Во просек, секој испитаник Ром го посетил матичниот доктор 6,8 пати, додека кај другите етнички заедници просекот е понизок и изнесува 4,9 посети по испитаник во текот на изминатите 12 месеци.

Во однос на обезбеденоста, односно имањето избран матичен стоматолог, опфатот е помал како кај Ромите така и кај другите, но сепак Ромите во помал обем имале избран матичен стоматолог (66% Роми наспроти 74,9% од другите).

Најголем дел од испитаниците се изјасниле потврдно дека матичниот лекар им дава доволно информации за болеста и лековите што им ги препишува. Сепак, кај Ромите (85,1%) во нешто помал обем во однос на другите (91%) лекарите давале детални информации во однос на нивната здравствена состојба.

„Јас кога бев болен ми доаѓаше брза помош и ми земаа по сто денари сè приватно си ги земав тие инјекциите, ампулите и друго што требаше, а имам јас здравствена книшка, ама пак се плаќа. Ама тоа е многу што земаат, ние сме сиромави луѓе, ние социјална помош примаме ама дали да јадеме или тоа да плаќаме. И петнаесет дена по сто денари сум плаќал, имал-немал, сум се позајмувал од комшии, ми дале и така се лекував“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

„Матичните доктори, овде во населбата Шуто Оризари што се, не се добри за сите, општо зборувам, за мене од моја гледна точка не се добри, не се воопшто гостопримливи. Кога ќе влезеш кај нив внатре тој треба да ти објасни, од каде е таа болест и зошто е таа болест и што да примаш и како да примаш и сите тие и ред други работи. А тие – што ти е, како ти е, три четири збора, ќе ти напише рецепта и толку завршено, па тоа не иде така“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

Достапност до здравствени установи

Начелото на достапност до здравствена заштита, како што е назначено во Законот за здравствена 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.

Физичката достапност на здравствените установи на примарно ниво беше проценета преку самопроценетата оддалеченост на одделни здравствени установи од местото на живеење на испитаниците, кои беа запрашани колкава е оддалеченоста на најблиската амбуланта, стоматолошка ординација и аптека од нивниот дом. Според добиените просечни резултати, Ромите

„Јас кога бев болен ми доаѓаше брза помош и ми земаа по сто денари сè приватно си ги земав тие инјекциите, ампулите и друго што требаше, а имам јас здравствена книшка, ама пак се плаќа. Ама тоа е многу што земаат, ние сме сиромави луѓе, ние социјална помош примаме ама дали да јадеме или тоа да плаќаме. И петнаесет дена по сто денари сум плаќал, имал-немал, сум се позајмувал од комшии, ми дале и така се лекував“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

„Матичните доктори, овде во населбата Шуто Оризари што се, не се добри за сите, општо зборувам, за мене од моја гледна точка не се добри, не се воопшто гостопримливи. Кога ќе влезеш кај нив внатре тој треба да ти објасни, од каде е таа болест и зошто е таа болест и што да примаш и како да примаш и сите тие и ред други работи. А тие – што ти е, како ти е, три четири збора, ќе ти напише рецепта и толку завршено, па тоа не иде така“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

и другите испитаници се речиси подеднакво оддалечени од здравствените установи, при што просечната оддалеченост за амбуланта изнесува за Ромите 2,28 км, а 2,38 км за другите; за стоматолошка ординација за Ромите 2,39 км, за другите 2,42 км; и за аптека за Ромите 1,75 км, а за другите 1,92 км.

Укажување итна медицинска помош

Итната медицинска помош, како што е дефинирана во Законот за здравствена заштита, претставува укажување на итни здравствени услуги чиешто неизвршување за кусо време би можело да предизвика непоправливо и тешко оштетување на

здравјето на пациентот или негова смрт. Иако генерално во мал обем, сепак Ромите (9,8%) нешто поретко од другите (12,1%) биле соочени со неукажување на итна медицинска помош кога имало потреба од неа. Во просек на итната помош ѝ требало 14 минути да пристигне до домовите кај испитаниците Роми, додека кај другите на итната помош во просек и биле потребни 17,2 минути.

„Јас за брзата помош ќе кажам, пошто имам искуство овие два-три месеца. Имам болна мајка, има 85 години и е во постела и овие месеци стално ги викам, а они ми викаат возилото ни е зафатено, на терен е не може да дојде, снаоѓај се. Им викам, ама итен случај е, а они ми викаат снаоѓај се. Сега случајно поминувам и го гледам возилото во една куќа, а таму здрави луѓе се. Влегувам внатре да видам што е работата, а они даваат инфузија. А тие им биле пријатели, даваат инфузија и кафе си пијат внатре, а јас им викам имам итен случај дома, а они ми викаат кога ќе завршиме ќе дојдеме. Катастрофално работи брзата помош кај нас“

(изјава на испитаник Македонец од Делчево).

Имунизација на деца

Опфатот со имунизација на малолетните деца со задолжителната вакцинација, како една од методите на контрола на вакцино-превентабилните заболувања, е на солидно високо ниво; сепак Ромите во нешто помал обем (87,5%) редовно ги носат своите малолетни деца на вакцинација во однос на другите (93%). Главна причина за нередовното носење на децата на задолжителна вакцинација кај Ромите била неинформираноста кога треба да ги носат децата на вакцинација (39,3%), а потоа по зачестеност следат немањето потреба за носење на вакцинација (10,7%), како и незнаењето дека децата треба да бидат вакцинирани (8,9%) (Графикон бр. 29).

Б. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво е наменета за дијагностицирање и третман на пациенти за кои нема можност да бидат соодветно третирани на ниво на примарна здравствена заштита, која би требало да има улога на „чувар на портите“ кон повисоките, а со тоа и поскапите нивоа на здравствена заштита.

Ромите (47,8%) во помал обем од другите (57,2%) посетиле лекар специјалист во некоја од јавните здравствени установи во РМ. Од оние што имале потреба и посетиле лекар специјалист нема значајна разлика во однос на тоа дали посетиле лекар специјалист во здравствен дом, општа, клиничка или специјална болница, односно универзитетска клиника.

Односот на лекарите кон здравствената состојба и давање информации во врска со неа

Ромите генерално, во споредба со другите, во помал обем целосно се задоволни од односот на лекарите – специјалисти од специјалистичко-консултативната здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво кон нив и нивната здравствена состојба и информациите што им ги соопштуваат во врска со неа. Од општиот однос на лекарот кон нив, целосно се задоволни 53,9% од Ромите споредено со 73% од другите; од услугата добиена од лекарот целосно се задоволни 49,2% од Ромите споредено со 73,3% од другите; 53,9% од Ромите и 75,5% од другите целосно ги разбрале информациите дадени од страна на докторот; можност да му постават дополнителни прашања на докторот имале 41% од Ромите споредено со 62,9% од другите; само 40% од Ромите имале чувство дека нивните прашања сериозно биле разгледани од страна на докторите, споредено со 59,7% од другите; од квалитетот и квантитетот на информациите во врска со нивната здравствена состојба целосно задоволни биле 50,5% од Ромите споредено со 68,9% од другите; додека од времето посветено на објаснување на нивната здравствена состојба целосно задоволни биле 42% од Ромите споредено со 56% од другите (Графикони бр. 30 – 36).

„Во болница докторите се феноменални, имаат инструменти со што работат, колку-толку работат. Ама помошниот персонал е полош“

(изјава на испитаник Македонец од Делчево).

„Тука имаше еден немил настан со луѓе од Винаца, беа тука дојдени за дијализа, пошто немаше место и мораше тука да прават дијализа и ги примија тука. Они не знаеле дека им следува и надомест за патни трошоци, они секој ден си плаќале такси. Кога им кажавме да си побараат надомест, тие отишле кај докторката на дијализа, а таа со толку погрдни зборови им се обрати на луѓето тоа е неверојатна работа. И жената доби напади за малку ќе умреше, ама и нив некако ги послужи среќата и сега се на дијализа во Штип. Тоа е нечовечност, потпишуваш таму сертификат за лекар и како смее да се однесува така, а никој не презема ништо за тоа“ (изјава на испитаник Ром од Делчево).

(изјава на испитаник Македонец од Делчево).

В. Болничка здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво

Болничкото лекување е во сличен обем како кај Ромите така и кај другите, а и од оние што биле хоспитализирани, нема значајна разлика во однос на установата каде што е извршено болничкото згрижување (општа, клиничка или специјална болница или универзитетска клиника). Најчеста причина за болничко згрижување било дијагностика, лекување и примање терапија, со тоа што Ромите во поголем обем (59,2%) биле хоспитализирани заради овие причини во однос на другите (49,2%).

Односот на лекарите и другиот медицински персонал кон здравствената состојба и давање информации во врска со неа

Ромите во споредба со другите во помал обем се целосно задоволни од односот на лекарите и другиот медицински персонал во болниците на секундарно и терцијарно ниво кон нив и нивната здравствена состојба и информациите што им ги соопштуваат во врска со неа. Од општиот однос на здравствениот персонал кон нив, целосно се задоволни само 34% од Ромите споредено со 67,4% од другите; од услугите добиени во болниците целосно се задоволни 33,3% од Ромите споредено со 68,2% од другите; 39,1% од Ромите и 67,4% од другите целосно ги разбрале информациите дадени од страна на докторот; можност да му постават дополнителни прашања на докторот имале 32,7% од Ромите споредено со 59,1% од другите; само 30,8% од Ромите имале чувство дека нивните прашања сериозно биле разгледувани од страна на докторите, споредено со 56,1% од другите; од квалитетот и квантитетот на информациите во врска со нивната здравствена состојба целосно задоволни биле 44,9% од Ромите споредено со 68,9% од другите; и од времето посветено на објаснување на нивната здравствена состојба целосно задоволни биле 37,8% од Ромите споредено со 57,6% од другите (Графикони бр. 37 – 43).

X. ПРАВА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Закон за заштита на правата на пациентите

Правата на пациентите во здравствената заштита се регулирани со Законот за заштита на правата на пациентите (11) донесен во јули 2008 година. Со овој Закон подетално се уредуваат заштитата на правата на пациентите во користењето на здравствената заштита; должностите на здравствените установи и здравствените работници и соработниците во обезбедување на здравствената заштита; надлежностите на општините и Фондот за здравственото осигурување во однос на унапредување и заштита на правата на пациентите; постапката за заштита на правата на пациентите и надзорот над спроведувањето на Законот.

Законот за заштита на правата на пациентите во членот 2 и членот 5 ги регулира поединечните аспекти од правото на здравје, односно правото на секој граѓанин на највисок можен стандард на здравствена заштита, притоа одредувајќи дека здравствената заштита треба да биде квалитетна и континуирана и во согласност со тековните достигнувања во здравството, соодветна на поединечните потреби на пациентот, со отсуство на психичка и физичка злоупотреба и со целосно почитување на достоинството на неговата личност и во негов најдобар интерес. Воедно Законот подетално ги елаборира и начелата на кои се заснова заштитата на правата на пациентите и тоа начелото на хуманост и начелото на достапност.

За разлика од Законот за здравствена заштита, начелото на достапност во Законот за заштита на правата на пациентите е детално разработено. Имено, начелото на достапност (45) се заснова првенствено на здравствените услуги што постојано се достапни и им се пристапни на сите пациенти подеднакво и без дискриминација. Во оваа насока посебно е издвоена достапноста на службите за домашно лекување, односно службите во заедницата каде што пациентот живее. Понатаму е елабориран и аспектот на постојаност и континуираност на здравствената заштита, како и соработката меѓу сите здравствени

работници и соработниците што се вклучени, односно можат да бидат вклучени во здравствениот третман. Начелото на достапност исто така опфаќа праведна и фер постапка за избор на медицински третман заснован на медицински критериуми и недискриминација, како и избор и промена на здравствен работник и здравствена установа.

Законот за заштита на правата на пациентите предвидува повеќе права на пациентите и тоа: право на пациентот на учество во одлучувањето, право на информираност, одбивање на прием на информација, право на пациентот да прифати или да одбие одредена медицинска интервенција, заштита на правата на пациентот што не е способен да даде изјава, заштита на правата на пациентот над кој се врши научно истражување, заштита на правата на пациентот вклучен во медицинска настава, зафати на човековиот геном, пристап кон медицинско досие, правото на доверливост на личните и медицинските податоци, право на одржување на контакти, право на самоволно напуштање на здравствена установа и право на приватност.

Заради унапредување на правата на пациентите, Законот предвидува формирање и работа на посебни тела (општински комисии и државна комисија). Загрижува податокот дека овие тела не се формирани, ниту пак постои прекршочна одредба за санкционирање во случај на нивно неосновање. Имено, податоците (46) покажуваат дека досега се назначени само 5 советници од вкупно 56 болнички јавни здравствени установи, а пак од вкупно 84 општини се формирани 21 локална комисија за унапредување на правата на пациентите.

Дополнително, Законот го пропишува и користењето на механизмите за заштита на правата на пациентите во здравствени установи во кои се сместуваат пациенти (советник за заштита на правата на пациентите), како и во здравствените установи во кои не се сместуваат пациенти. Не е јасно дефинирано кое лице во рамки на здравствената установа во која не се сместуваат пациенти и на кој начин ќе ја обезбедува заштитата, односно ќе дава правна помош и правни совети на пациентите. Ваквата нејасна и непрецизна одредба ќе доведе до потешкотии во пристапот и обезбедувањето на заштита на правата на пациентите кога тие ќе им бидат ограничени или прекршени од страна на овие здравствени установи.

„Има и работи што ние не ги знаеме, не сме запознаени со тие работи, кои права ги имаме ние кога идеме во здравството, да знаеме кои рецепти, кои документи треба да се плаќаат, а кои не треба да ти ги наплатува. Значи има одредени работи што ти ги наплатуваат, а што не треба да ги плаќаш, ама они ти ги наплаќаат зашто не си запознаен со тоа“

(изјава на испитаник Ром од Делчево).

„Јас сум дознал така од телевизија за правата на пациентите и докторот како треба да се однесува и пациентот како треба да се однесува кон докторот и сето тоа е во ред. Меѓутоа кога одиш дали е тоа така, дали така се спроведува? Тоа не, тоа не е така. Тоа е друго преку телевизија они што го објавуваат твоето право, меѓутоа кога одиш кај докторот, тој другачие постапува према тебе“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

Здравствените работници и пациентите во недоволна мера ги познаваат правата и обврските на пациентите, како и правата и обврските на здравствените работници. Ваквата состојба во голема мера придонесува за зголемување на случаите на нивно прекршување, како и постоење на недоверба меѓу пациентот и лекарот при носењето на одлуки и обезбедување на здравствените услуги. Состојбите во однос на остварување и заштита на правата на пациентите се посебно загрижувачки кај одредени маргинализирани групи на население, каков што е случајот со Ромите.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

При обезбедувањето на специјалистичко-консултативна здравствена заштита не постои значителна разлика помеѓу Ромите и другите испитаници во однос на степенот на заштита на нивните права како пациенти. Утврдени се негативни практики што приближно подеднакво го погодуваат ромското население, како и населението од другите етнички групи при што карактеристичен пример за тоа е правото на непотребно страдање и болка каде што генерално е доста мал процентот на пациенти (Роми и други) на кои им била дадена анестезија при вршење на одредени хируршки зафати и други медицински процедури што предизвикуваат болка.

Сепак, значајно е да се спомене далеку понеповолната положба на Ромите при остварување на правото на приватност и доверливост, односно кај нив во поголема мера е утврдено нарушувањето на правото на приватност и доверливост од страна на медицинскиот персонал.

Во однос на времето на чекање за преглед, и ако генерално не постои значителна разлика помеѓу Ромите и припадниците на другите етнички заедници во однос на потребното време за реализирање на лекарскиот преглед, мал дел од Ромите чекале значително долго (над 1 месец) за преглед од страна на лекар специјалист. Над две третини од испитаниците и кај Ромите и кај другите биле прегледани веднаш, односно во рок од седум дена, со тоа што кај поголем број Роми (2%) во однос на другите (0,3%) времето на чекање било подолго од три месеци (Графикон бр. 44).

Од друга страна, алтернативните решенија за скратување на рокот за чекање ако одлучат да платат приватно за интервенцијата, односно прегледот, почесто им биле понудувани на Ромите во однос на другите. Кај речиси двојно повеќе испитаници Роми (19,3%) било понудено алтернативно решение за намалување на времето за чекање за реализирање на интервенцијата, односно прегледот во однос на другите испитаници (10,8%) (Графикон бр. 45). Оваа ситуација заслужува дополнително истражување доколку ја земеме предвид неповолната социоекономска состојба на ромската популација во однос на другите етнички заедници во државата.

„Јас пред тринаесет дена сум опериран, кога ми ја ставија анестезијата имаше проблем, јас реков дека се чувствувам, а докторот само ми вика уште малку, уште малку и ќе помине. Значи сечењето се чувствував, со плачење, викање цело време, а докторот значи цело време ми вика уште малце, уште малце.“

(изјава на испитаник Ром од Делчево)

„Јас имам покачен шеќер и притисок, сега ми најдоа нешто на простатата и сега треба да одам на преглед, за четири пет дена, ама чекам досега пет месеци за прегледот“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари)

„Во Штип во болницата поарно да не влезеш, тоа е жива катастрофа. Во јануари месец бев, одам да затворам прозорот, гледам отвор, се скршил џамот дупки од сите страни, измрзнавме. Ќе се качиш горе во тоалетот, тоа вратите испокршени секој може да те гледа“

(изјава на испитаник Македонец од Делчево).

„Јас пред еден месец отидов во Кочани да ми земат крв, а расипан бил апаратот, а ние дваесет души чекаме саат и пол. Чекаме, а нема кој да ти каже дека е расипан апаратот да не чекаш за џабе. На крај искочи директорот и ни кажа на сите дека е расипан апаратот.“

(изјава на испитаник Ром од Делчево)

Понатаму, постои значителна разлика во почитувањето на *правото на приватност* од страна на здравствениот персонал. Утврдена е негативна практика на нарушување на правото на приватност кога при вршење на одредени испитувања или медицинска интервенција присуствувало некое лице кое немало потреба да присуствува и за кое пациентите немаат дадено одобрение. Загрижува податокот што ваквата негативна практика во значително поголема мера ги погодува Ромите (25,1%) од другите (3,6%), односно таа резултира со нарушување и непочитување на правото на приватност кај секој четврти пациент од ромска етничка припадност.

Право на избегнување на непотребно страдање и болка. Во медицината постојат процедури за дијагностицирање и лекување што предизвикуваат болка и големи непријатности. Честопати силна болка и непријатности предизвикуваат и самите болести. Тенденцијата на модерната медицина е овие непријатности и болка да се сведат на минимум или воопшто да не постојат. Па така се користи секоја можност да се примени процедура или третман што се безболни или болката е минимална. Користењето локална анестезија во овие случаи е во насока на избегнување на непотребното страдање и болка (47). Во однос на подложноста на непотребни страдања и болки за време на хируршките зафати или некои други процедури што предизвикуваат болка, не постои разлика помеѓу ромското и другото население. Само на 20,1% од Ромите и 14,1% од другите им била ставена локална анестезија при вршењето на наведените медицински процедури и зафати. Кај 15% од Ромите и 12,7% од другите не била ставена анестезија. Овој податок води кон констатацијата дека правото на избегнување на непотребно страдање и болка приближно подеднакво не е почитувано и кај Ромите и кај другите.

Анализата на реализирањето на *правото на жалба* укажува на одредени разлики помеѓу Ромите и другите пациенти корисници на здравствени услуги на секундарно и терцијарно ниво. Од една страна, утврдена е разлика во основот поради кој Ромите, односно другите ги поднесуваат жалбите, од друга страна, постои разлика во инстанците до кои припадниците на различните етнички заедници се имаат обратено заради реализирање на своите здравствени права.

Кога зборуваме за основот поради кој сакале да поднесат жалба, Ромите најмногу се жалат на односот на здравствените

работници (5,2%), за разлика од другите испитаници каде што главна причина за незадоволството се условите во здравствената установа (7,2%) (Табела бр. 2). Оваа констатација треба да се гледа во еден поширок контекст, односно таа треба да се поврзе со фактот дека Ромите како доминантна причина за дискриминација ја идентификуваат нивната етничка припадност, при што субјективниот однос на здравствените работници е фактор кој значително придонесува за ваквата нивна перцепција. Во помала мера Ромите се жалат од условите во здравствената установа, односно од добиената здравствена услуга.

Од друга страна, поради разликата помеѓу бројот на лица што сакале да се пожалат при користење на здравствените услуги и оние што вистински се пожалиле, најмногу Роми се пожалиле на условите во здравствената установа, па потоа на извршената здравствена услуга и на крајот на односот на здравствените работници. Се чини дека и покрај намерата да се пожалат на односот на здравствените работници (5,2%), само 2,7% од Ромите писмено или усно го направиле тоа (Табела бр. 3). Другите, пак, најмалку жалби поднеле во однос на условите во здравствената установа.

Разликата во бројот на случаи каде што реално имало простор за реагирање и случаите каде што пациентите навистина се пожалиле укажуваат на потребата за поголемо промовирање на одредбите од Законот за заштита на правата на пациентите, односно механизмите за заштита на правата на пациентите што стојат на располагање.

Кога зборуваме, пак, за инстанците до кои била упатена жалбата, за разлика од другите испитаници, Ромите во поголем број се обратиле до сите инстанци, освен до Народниот правобранител. До Народниот правобранител не се обратиле ниту Ромите, ниту лицата од другите етнички заедници. Ромите и другите лица во ист број се пожалиле до здравствените работници што им ја дале здравствената услуга (4,6%) (Табела бр. 4).

На поднесената поплака/приговор, писмен одговор добиле 5,1% од Ромите и 9,7% од другите испитаници. При поднесување на поплаката/приговорот, 12,5% од Ромите се соочиле со одредени проблеми, за разлика од другите испитаници коишто не се соочиле со никакви проблеми.

Обезбедување на болничка здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво

Анализата на фактичката ситуација во однос на заштитата на правата на пациентите при обезбедување на болничка здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво укажува на понизок степен на почитување на здравствените права на Ромите во однос на другите испитаници. Во однос на правото на согласност, правото на приватност и правото на непотребно страдање и болка утврдени се негативни практики од страна на здравствениот персонал кои во поголема мера го погодуваат ромското население и влијаат врз нивната целокупна здравствена состојба.

Правото на согласност во однос на заштитата на правата на пациентите е одраз на нивната слободно изразена волја за вршење на операција или некоја друга медицинска постапка, откако медицинскиот персонал ќе ги информира за сите нејзини предности, недостатоци и предвидени ризици (47). Загрижува податокот што кај Ромите во доста поголем процент се извршени вакви оперативни зафати без да потпишат согласност. Имено, на 11% од Ромите и 4,6% од другите испитаници им била извршена операција или некоја друга сложена медицинска постапка без да потпишат согласност, додека 33,8% од Ромите и 30,5% од другите потпишале согласност.

Наодите во однос на *правото на избегнување на непотребно страдање и болка* при обезбедување на болничка здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво зборуваат за понеповолната положба на Ромите во однос на другите. Односно, на 14,1% од хоспитализираните Роми и 3% од испитаниците од другите етнички заедници што биле хоспитализирани не им била ставена локална анестезија при вршењето на мал хируршки зафат или друга процедура што предизвикува болка.

Загрижува податокот дека *правото на приватност* и доверливост е во помал степен почитувано кај Ромите во однос на другите испитаници. За време на престојот во болница, односно при вршење на одредени испитувања, медицински интервенции и лична нега кај 22,3% од хоспитализираните Роми и 3,8% од другите, присуствувале лица (помошен персонал, мајстори, други пациенти, надворешни посетители, здравствени работници што не работат на болничкиот оддел и слично) за кои тие не дале одобрение.

Дополнително, правото на приватност е нарушено со тоа што пациентите за време на болничкиот престој биле прегледани од студенти без претходно побарана дозвола од нивна страна. Од вкупниот број хоспитализирани Роми, 12,5% биле прегледани од студенти и за тоа дале дозвола, додека 16,4% биле прегледани, но за тоа не дале дозвола. Додека 9,2% од другите испитаници што биле хоспитализирани изјавиле дека биле прегледани од студенти со претходна дадена дозвола, додека 4,6% биле прегледани без дозвола.

Предмет на истражување беше степенот на користење на *правото на жалба* од страна на пациентите, при што произлегоа одредени разлики во начинот на практикување на ова право помеѓу ромското население и населението од другите етнички заедници. Утврдена е разлика во однос на основот поради кој пациентите Роми и другите испитаници сакале да се пожалат за време на нивниот престој во болница (Табела бр. 5). Имено, Ромите подеднакво сакале да се пожалат на условите во здравствената установа и на односот на здравствените работници, додека населението од другите заедници најмногу сакало да се пожали на условите во здравствената установа.

Иако од оние што сакале да се пожалат само дел го искористиле своето право на жалба, сепак како основ за когашто е поднесена жалбата или приговорот доминираат условите во здравствената установа и односот на здравствените работници (Табела бр. 6).

Прегледот на инстанците до кои се пожалиле пациентите покажува дека пациентите Роми ги користат сите инстанции за изразување на своето незадоволство, со исклучок на институцијата Народен правобранител. Притоа, најмногу поплаки/приговори од страна на Ромите и другите испитаници биле поднесени до здравствените работници што ја дале здравствената услуга (Табела бр. 7). Писмен одговор на поднесената поплака/приговор добиле 3,6% од Ромите, додека другите воопшто не добиле одговор.

Степенот на користење на правото на жалба е условен и од проблемите со кои се соочуваат пациентите при поднесувањето на жалба или приговор, при што Ромите се соочуваат со поголеми потешкотии во однос на другите испитаници. Имено, 7,5% од Ромите и 4,5% од другите се соочиле со проблеми при поднесување на поплака/приговор за престојот во болницата.

Во *медицинското досие* на пациентот се содржани сите информации поврзани со индивидуалното здравје: од кои болести боледувал пациентот, кои лекови ги користел, дали е алергичен на некој лек или друг вид алергија, вакцините што ги примил итн. Пациентите во секое време имаат право на пристап до своето медицинско досие, односно можат да побараат копија од досието на свој трошок, кој мора да биде во реален износ. На Ромите помалку им било дозволено да имаат увид и/или да добијат препис од своето медицинско досие. На 7,7% од Ромите и 2,3% од другите пациенти што побарале увид во медицинското досие тоа не им било дозволено.

Право на следење на ТВ-канал и радиоканали. Приближно подеднаков е процентот на Ромите и другите што за време на болничкиот престој имале услови за следење на ТВ-програми и радиопрограми. Имено, 24,8% од Ромите и 28,2% од другите изјавиле дека при престојот во болница имале услови за следење на ТВ-канал и радиоканали.

Право на одржување на контакти. Истата констатација се однесува и на степенот на уживање на ова право, односно Ромите и другите приближно подеднакво можеле непречено да примаат посета во термините одредени според куќниот ред додека биле во болница. Односно, 73,65% од Ромите и 67,2% од другите можеле секогаш непречено да примаат посета во термините одредени според куќниот ред додека биле во болница. Додека 26,1% од Ромите и 19,8% од другите посетата можеле да ја примат само понекогаш. На 4,5% од Ромите и 2,3% од другите не им било дозволено да примаат посета додека биле во болница.

XI. ПРИСТАП ДО ЛЕКОВИ

Прашањето за пристап до лековите во РМ е генерално уредено преку Законот за лекови и медицински помагала, меѓутоа не постои одделен стратешки документ што се однесува на ова прашање. Како бариери во пристапот до лекови се идентификуваат потребата пациентите да ја плаќаат потребната партиципација за набавка на лековите, како и постоењето на референтни цени при што доплатата за набавката дополнително се зголемува. Меѓутоа, поради недостигот на јавно достапни анализи, не може со сигурност да се каже каква е состојбата со достапноста на лековите и со кои пречки се соочуваат пациентите при нивната набавка. Податоците добиени од теренското истражување укажуваат дека главен проблем со кој се соочуваат Ромите при набавката на потребните лекови е финансиската немоќ да ги купат, а потоа следува и неможноста секогаш да ги најдат лековите на товар на ФЗОМ.

Законска регулатива

Законот за здравствена заштита [11] не го уредува одделно прашањето за пристап до лекови. Индиректно ова прашање е уредено преку генерална одредба која се однесува на начелото на достапност на здравствената заштита предвидена со Законот. Согласно со Законот, начелото на достапност во РМ се остварува преку обезбедување на соодветна здравствена заштита за населението во РМ, која е географски, физички и економски достапна, при што посебно е потенцирана достапноста на здравствената заштита на примарно ниво.

Република Македонија нема одделен стратешки документ што се однесува на прашањето за пристап до лекови. Низа прашања што се однесуваат на лековите и медицинските помагала за употреба во хуманата медицина (како што се: условите и начинот за обезбедување на нивниот квалитет; безбедноста и ефикасноста; начинот и постапката за производство; испитување; ставање во промет; формирање на цени; контрола на квалитет; огласување и инспекциски надзор) се уредени со Законот за лекови и медицински помагала [47].

Пристапот до лекови дури и за осигурените лица во нашата земја е оптоварен со партиципација, односно доплата. Имено, при земање на лекови што се наоѓаат на листата на лекови што паѓаат на товар на ФЗОМ, секој осигуреник треба да доплати одреден износ на средства утврден со Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови (48) на ФЗОМ. Лицата што не се осигурени, лековите ги набавуваат по нивната пазарна вредност. Истото се однесува и при набавка на лекови што се наоѓаат надвор од листата на лекови што паѓаат на товар на ФЗОМ.

Едно од прашањата што влијае врз пристапот на лекови е секако и прашањето на воведување на референтни цени на лековите. Ова прашање е уредено со Правилник (49) со кој се уредуваат референтните цени на лековите што се наоѓаат на листата на лекови што паѓаат на товар на ФЗОМ и одлуки со кои се утврдуваат овие цени. Системот на референтна цена значи дека набавувачот на лекови, односно ФЗОМ одлучува за цената што ќе ја плати за одреден лек, додека пациентот или осигуреното лице ќе ја плати разликата до пазарната вредност на лекот. Основната цел на воведување на овој систем на референтни цени е да се овозможи поголема понуда и можност за избор на лекови за осигурените лица, а од друга страна значи ограничување на трошокот кој ФЗОМ треба да го покрие за набавка на лекот. Имено, со овој систем се дава значење на генеричките, а не на одделните брендови на лекови. Но, овој систем, кој навидум е корисен и за осигурените лица и за Фондот, може да има и негативни импликации. Имено, овој систем преку висината на референтната цена го диктира снабдувањето на лекови во земјата. Односно намалувањето на референтната цена на лекот во принцип го намалува интересот на добавувачот за негова набавка. Разликата помеѓу референтната и пазарната вредност на лекот ја плаќаат пациентите, при што во одредени случаи таа разлика е два до три пати поголема од утврдената референтна цена. Во овој контекст е вредно да се спомене дека чести се интервенциите на ФЗОМ со кои се врши проширување на листата на лекови што паѓаат на негов товар, намалување на партиципацијата или нејзино укинување за одредени лекови, при што сите тие се наведуваат во духот на намалување на трошоците за пациентите и Фондот, но дали тоа е навистина така не може со сигурност да се заклучи. Имено, не постојат јавно достапни анализи што укажуваат на тоа дали осигурените лица можат да ги набават потребните лекови и со каков вид на потешкотии се соочуваат при нивната набавка.

„Лековите што ни ги препишува докторот ретко ги наоѓаме за со сини картони. На приватно ќе речат има, а за картони нема. Тоа се случува постојано, сè со пари ги земаме лековите, на приватно“

(изјава на испитаничка Ромка од Шуто Оризари).

„Од први до петти во месецот може да ги најдеш лековите за со сини картони, а потоа нема, само те шетаат. Сега со овие рецептиве не може да ги земеш, поминал рокот. Тоа со лековите е најтешка работа за болните, сè приватно плаќаме оти треба да ги земеш лековите. И ова што се случува е интересна работа, во аптеката на листа пишува дека треба да платам пет денари, а после плаќам партиципација од сто и дваесет денари“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

„Лековите понекогаш ги наоѓаме за сини картони, а понекогаш не. И да ги има некогаш, ти ги крие и не ти ги дава на рецепта со сини картончиња, ама ќе ти каже ги немаме и треба да почекаш. И тоа многу често се случува. Ако имаш среќа некогаш да отидеш во друга аптека па таму да ги најдеш“

(изјава на испитаник Ром од Делчево).

Агенцијата за лекови, која е основана за вршење на управни и стручни работи во врска со лековите и ФЗОМ, собира и обработува податоци во врска со прометот и потрошувачката на лековите, а не и со достапноста на лековите до пациентите. На пример, ФЗОМ прави прегледи на потрошувачката²¹ на лекови по вид на лек, број на издадени рецепти и износот што од издавањето на тој лек паѓа на товар на ФЗОМ. Истото се однесува и за достапноста на лековите на пациентите во јавните и во приватните болници.

²¹ <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=CE3DA43F7BDF0348872DA1D09514764B>.

Состојбата со пристап до лекови

Во практиката пак, неповолната финансиска состојба помеѓу ромското население претставува сериозна пречка во реализација на правото на пристап до лековите и тоа во значително поголем број случаи отколку помеѓу другите етнички групи. Имено само 20,5% од испитаниците Роми секогаш можеле да го купат потребниот лек препишан од лекар, за разлика од 51,4% од испитаниците од другите етнички групи²² (Графикон бр. 46).

Покрај финансиската бариера, ситуацијата дополнително се усложнува со тоа што Ромите многу почесто се соочуваат со проблемот да не можат лековите што им се препишани од доктор да ги најдат во аптеките на товар на ФЗОМ, отколку испитаниците

²² Предмет на анализа во овој дел се испитаниците на коишто во изминатите 12 месеци им биле препишувани лекови (Роми n = 661, други n = 532).

од другите етнички групи. Имено, 13,6% од испитаниците Роми и 38,3% од испитаниците од другите етнички групи можеле секогаш да го набават препишаниот лек на товар на ФЗОМ (Графикон бр. 47).

Ромите во поголем број од другите испитаници не знаат за правото на поврат на средствата за купен лек или медицински материјал, односно 19,8% од Ромите и 7,2% од другите лица воопшто и не знаат дека постои можност да се побара поврат на средствата. Од друга страна, пак, иако поднесените барања за поврат на средствата за купените лекови и медицински материјали се речиси исти и кај Ромите и кај другите испитаници, сепак на Ромите во помал степен им се одобрува повратот на средства за разлика од припадниците на другите етнички групи. Кај Ромите што поднеле барање, повратот на средства им бил одобрен на само 35,8%, додека повратот им бил одобрен на 71,3% на лицата од другите етнички групи (Графикон бр. 48).

XII. ПРИСТАП ДО ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ ЗА ЗДРАВЈЕТО НА ЖЕНИТЕ

Неповолната финансиска состојба, несоодветната здравствена едукација и непознавањето на своите здравствени права се главните социјални детерминанти што негативно влијаат на пристапот на жените Ромки до здравствените услуги поврзани со женското здравје.

Состојбите со опфатот со различните здравствени услуги за женското здравје се понеповолни кај жените Ромки за разлика од другите жени, меѓутоа постојат и разлики во опфатот со различни здравствени услуги помеѓу жените Ромки. Така, иако жените Ромки во задоволителен број имаат избрано матични гинеколози, сепак значително помал број жени Ромки прават превентивни гинеколошки прегледи. Состојбата со редовни превентивни прегледи на дојките помеѓу жените Ромки е понеповолна и од превентивните гинеколошки прегледи.

Исто така постојат и одредени разлики во здравствената заштита за време на бременоста и породувањето, па така иако значителен процент на жени Ромки не прават соодветен број на антенатални здравствени контроли, сепак висок процент од овие жени се породуваат во здравствени установи, иако сèуште се забележуваат и случаи на породување во домашни услови без присуство на обучен здравствен персонал.

Значајна пречка во достапноста на услугите, особено за жените Ромки претставуваат и одредени негативни појави од страна на давателите на услугите, како што е на пример наплатата на партиципација од страна на матичните гинеколози за услуги за кои не треба да ја наплаќаат. Односот на здравствениот персонал и квалитетот на добиените услуги за време на породувањето се на понизок степен за жените Ромки, отколку за другите жени. Исто така жените Ромки не само што се во помал степен посетени од патронажните сестри за разлика од другите жени, туку жените Ромки се и помалку задоволни од добиените услуги.

Опфат на жените со матичен гинеколог

Опфатот на жените Ромки и на другите жени²³ е на солидно ниво и не се забележува значителна разлика во однос на опфатот со матичен гинеколог помеѓу нив, имено матичен гинеколог имаат избрано 76% од жените Ромки и 75% од другите жени (Графикон бр. 49). Кај оние жени (жени Ромки и други жени) што немаат избрано матичен гинеколог, најчеста причина за тоа се нивните ставови дека немаат потреба да изберат матичен гинеколог (62,8% од жените Ромки и 67,9% од другите жени). Меѓутоа немањето на здравствено осигурување како причина за немање на матичен гинеколог е почесто застапено кај жените Ромки (13,8%) отколку кај другите жени (2,4%) (Графикон бр. 50).

Пристап и достапност до здравствените услуги од матичниот гинеколог

Жените од другите етнички групи имаат подобар физички пристап до амбулантите со матични гинеколози, бидејќи гинеколошките амбуланти се наоѓаат поблиску до нивните домови отколку кај жените Ромки. Имено, кај жените Ромки, просечната оддалеченост на овие амбуланти од нивните живеалишта изнесува 3,7 километри, додека просечната оддалеченост кај другите жени изнесува 2,7 километри.

Кај жените Ромки почеста е појавата матичните гинеколози да им наплаќаат партиципација за здравствени услуги за кои според одлуката на ФЗОМ (50) не треба да ја наплаќаат, меѓутоа и кај другите жени оваа појава е доста застапена. Наплатата на партиципацијата за овие услуги се случувала при секоја посета кај 28,8% жени Ромки и 28,4% кај другите жени, често кај 15,1% од жените Ромки и кај 13,4% од другите жени, а понекогаш им било наплаќано на 34,3% од жените Ромки и на 26,8% од другите жени (Графикон бр. 51). Оваа појава претставува значителна бариера за пристапот на жените Ромки до овие услуги, пред сè имајќи ја предвид нивната неповолна социоекономска состојба.

²³ Предмет на анализа на деловите за опфат и пристап со услугите кај матичен гинеколог и на деловите за превентивни прегледи е женската популација од примерокот на истражување, односно 391 жена Ромка и 341 жена од другите етнички групи.

„На секое идење кај матичниот гинеколог во Шуто Оризари нонстоп ми зема пари, а во Железара кога одев докторката не ми земаше пари. Му кажувам јас дека не треба да плаќам, а тој ми вика, не ги купувам овие ракавици и нешто друго без врска ми покажува, сè он ги купувал и секој пат кога одам сè плаќам“

(изјава на испитаничка Ромка од Шуто Оризари).

„Нешто кога си болна, некоја инфекција кога имаш, сè не лаже (заб: матичниот гинеколог во Ш. Оризари), има кај него некои апчиња и од него да ги купиш, само да ги земе парите од нас“

(изјава на испитаничка Ромка од Шуто Оризари).

„Јас на гинеколог плаќам по сто денари. За ехо исто ми зема пари, дека нов апарат има, ама последно пак кога бев не ми наплати“

(изјава на испитаничка Ромка од Делчево).

Превентивни гинеколошки прегледи и превентивни прегледи на дојка

Во Програмата за рана детекција на малигни заболувања во РМ (52) предвиден е скрининг за рано откривање на карцином на грлото на матката и скрининг за рано откривање на карцином на дојка. При тоа сите трошоци за скринингот за карцином на грлото на матката и мамографијата се покриени преку буџетот на Програмата, односно се бесплатни за жените во одредени возрастни групи.

Според стандардите усвоени од страна на Владата на РМ (51), жените треба на секои две години да прават превентивен гинеколошки преглед со ПАП-брис, со цел рано откривање на

карциномот на грлото на матката. Воедно, мамографијата како специфична дијагностичка метода за скрининг за рано откривање на карциномот на дојката треба да ја прави секоја жена над 50-тите години на временски интервал од 2 години²⁴.

Меѓутоа жените Ромки поретко прават превентивни гинеколошки прегледи за разлика од другите жени. Имено 30,7% од жените Ромки и 34,2% од другите жени прават прегледи поретко од еднаш на две години, додека 18,9% жени Ромки и 10% од другите жени никогаш не биле на гинеколог (Графикон бр. 52). Главни причини за оваа состојба, според изјавите на жените, се нивните ставови дека гинеколог треба да го посетуваат само ако имаат здравствени проблеми, а не и за редовни превентивни прегледи, додека исто така значајна причина кај жените Ромки е и немањето на доволно финансиски средства (Графикон бр. 53).

Меѓутоа, понатамошната анализа укажува дека суштинска причина за ваквата состојба помеѓу жените Ромки претставува и нивната недоволна здравствена едуцираност, бидејќи речиси една третина од жените Ромки не знаат дека редовните превентивни гинеколошки прегледи можат да придонесат за навремено откривање и лекување на карциномот на грлото на матката. Додека од жените од другите етнички групи, тоа не го знаат помалку од десетина од испитаничките. Од ова може да се заклучи дека жените Ромки имаат многу помалку познавања од областа на репродуктивното здравје, за разлика од жените од другите етнички групи.

Во однос на превентивните прегледи на дојките, жените Ромки во значително понизок процент прават превентивни прегледи на дојките за разлика од другите жени. На тоа укажува состојбата при која речиси 70% од жените Ромки и 46% од жените од другите етнички групи никогаш не се обратиле на лекар за преглед на дојките (Графикон бр. 54). Во однос на мамографските прегледи, повторно состојбата е понеповолна кај жените Ромки, односно тие во речиси двојно помал процент прават мамографија отколку жените од другите етнички групи (17% од жените Ромки и 31% од жените од другите етнички групи на возраст над 45 години направиле мамографија најмалку еднаш во текот на животот).

²⁴ Според стандардите на Европскиот водич за обезбедување на квалитет во скринингот и дијагностицирањето на карциномот на дојката, а кои се усвоени и од страна на Владата на РМ.

Влијание врз овие состојби има и фактот што жените не се доволно запознати со своите здравствени права, што особено важи за жените Ромки, а недоволното познавање на своите права, значи и помала веројатност за нивно искористување, бидејќи жените нема активно да бараат нивно остварување. При тоа речиси 60% од жените Ромки и речиси 50% од другите жени не знаат дека имаат право на бесплатен ПАП-тест и бесплатен мамографски преглед на период од две години.

Овие состојби при кои жените не прават редовни превентивни прегледи претставуваат значителен ризик по нивното репродуктивно и општо здравје, бидејќи жените се доведуваат во ризик малигните и другите промени на репродуктивните органи да не бидат навремено откриени и успешно излекувани.

Здравствена заштита за време на бременоста

Според ново донесените протоколи во РМ, жените за време на бременоста треба да направат 10 контроли на бременоста кај гинеколог, додека стандардите на СЗО препорачуваат минимум 4 контроли за време на бременоста (52).

Меѓутоа, антенаталната здравствена заштита е несоодветна помеѓу жените Ромки, и состојбата е значително понеповолна отколку кај другите жени²⁵, бидејќи жените Ромки во просек прават помал број контроли кај лекар за време на бременоста. Само 30% од жените Ромки биле на повеќе од седум контроли за време на бременоста што е во согласност со протоколите во РМ. Додека 25,8% од жените Ромки не биле дури ниту на четири контроли за време на бременоста, што е под минимум препишаниот стандард од страна на СЗО, од кои пак речиси 8% воопшто и не биле на контрола (Графикон бр. 55). Мнозинството од жените од другите етнички групи (61,1%) оствариле повеќе од седум контроли кај гинекологот за време на бременоста, а само една десетина од жените биле на помалку од четири контроли (Графикон бр. 56). Оваа состојба кај жените Ромки значително

²⁵ Предмет на анализа на деловите за здравствена заштита за време на бременоста и породувањето, како и здравствена заштита од патронажната служба се жените што се породиле во изминатите 2 години, односно 60 жени Ромки и 18 жени од другите етнички групи.

„Кога се пораѓав на клиника, сè беше добро, само хигиената не беше добра, нели сега нова зграда е, ама пак има бубачки и во купатилото е нечисто“

(изјава на испитаничка Ромка од Шуто Оризари).

го загрозува здравјето на бремените жени и претставува ризик-фактор за мајчиниот морбидитет и морталитет, како и за морбидитетот и морталитетот на новороденчињата.

Неповолната финансиска состојба и недоволната здравствена едуцираност се главните бариери за соодветна здравствена заштита кај жените Ромки за време на бременоста. Ова може да се заклучи од тоа што водечка причина за нередовните контроли за време на бременоста помеѓу жените Ромки претставува неповолната финансиска состојба и неможност да платат за прегледите (35%), а како втора причина се појавува мислењето на жените дека доколку се чувствуваат добро за време на бременоста нема потреба да одат на гинеколог (23%). Во помала мерка се застапени и следниве причини: немањето на здравствено осигурување (12%), стравот од прегледите (12%), како и домашните обврски и обврските околу другите деца (6%).

Здравствена заштита за време на породувањето

Иако мнозинството од жените Ромки се породиле во здравствени установи, сепак загрижува фактот што сèуште помеѓу жените Ромки постојат случаи на породување во домашни услови без присуство на обучен медицински персонал (6,1%). Додека случаи на породување во домашни услови не се забележуваат помеѓу жените од другите етнички групи (Графикон бр. 57).

Жените Ромки се во помал степен задоволни од здравствените услуги што ги добиле за време на породувањето за разлика од жените од другите етнички групи. На пример, 39,7% од жените Ромки се целосно задоволни со здравствената нега што ја добиле, додека истото го изјавиле 55,6% од другите жени. Исто така жените Ромки добиле здравствени услуги со понизок квалитет, отколку жените од другите етнички групи. Ова може да

се заклучи од следниве наоди, на пример, дека здравствените работници посветиле доволно време за да им дадат објаснувања во целост се согласуваат само 34,5% од жените Ромки, додека истото го изјавиле 61,1% од другите жени испитанички. Понатаму, дека целосно ги разбирале добиените информации од страна на здравствените работници изјавиле 56,9% од жените Ромки, додека истото го изјавиле 72,2% од другите жени испитанички (Графикони бр. 58 и бр. 59).

Здравствена заштита од патронажната служба

Во Програмата за активна здравствена заштита на мајките и децата во РМ (53) предвидено е за време на бременоста и во периодот од една година по породувањето жената да биде посетена 7 (седум) пати од страна на патронажна сестра. Покрај тоа во Програмата се предвидени 2 (две) дополнителни посети кај жените во ромски средини и во средини со социоeкономски и здравствени ризици, што значи дека жените Ромки за време на бременоста и во првата година по породувањето треба да бидат посетени од страна на патронажна сестра вкупно 9 (девет) пати.

Меѓутоа, и покрај предвидените мерки, сепак жените Ромки во помал степен се опфатени со овие услуги за разлика од другите жени и претежно не се задоволни од добиените услуги. Ова го потврдува фактот дека над една третина од жените Ромки и нешто помалку од една третина од другите жени не биле воопшто посетени од страна на патронажна сестра за време на нивната последна бременост и една година по раѓањето на детето (Графикон бр. 60). Меѓутоа, дури и оние жени што биле посетени од страна на патронажна сестра, не биле посетени онолку пати колку што е предвидено со Програмата, имено просечниот број на посети помеѓу жените Ромки изнесува 2,6 посети, а кај другите жени изнесува 3 посети.

Во однос на задоволството од услугите добиени од страна на патронажната сестра, само половина од жените Ромки (51%) искажуваат целосно задоволство од услугите, за разлика од другите жени (77%) (Графикон бр. 61).

XIII. ДИСКРИМИНАЦИЈА

И покрај формално-правната еднаквост, при реализирањето на правото на здравје е утврдено нецелосно почитување на принципот на еднаквост и недискриминација од страна на медицинскиот персонал. Со истражувањето беа утврдени одредени дискриминаторски постапки што во поголема мера ја погодуваат ромската заедница и загрижува тоа што етничката припадност е идентификувана како главна причина за нивното постоење.

Уставните гаранции за правото на здравствена заштита и обврска на секој граѓанин за чување и унапредување на сопственото здравје понатаму преточени преку законите што ги уредуваат здравствената заштита и осигурувањето не прават разлика во однос на лицата што имаат право на нивно уживање. При тоа секој има право на уживање на здравствените права. Со цел да се осигура нивното целосно и непречено спроведување, како и да се воведат заштита во случај на дискриминација, во неколку закони од областа на здравството се предвидени забрани за дискриминација.

Законот за здравствена заштита (10) предвидува забрана за дискриминација во однос на следниве основи: раса, пол, старост, национална припадност, социјално потекло, вероисповед, политичко или друго убедување, имотна состојба, култура, јазик, вид на болест, психички или телесен инвалидитет. За прекршување на оваа одредба во законот не се предвидени казнени одредби. Забрана за дискриминација во овој Закон за првпат е воведена во чл. 9 во 2012 година. Покрај овој Закон и Законот за заштита на правата на пациенти (11) предвидува остварување на правата на пациентите без дискриминација врз следниве основи: пол, раса, боја на кожата, јазик, вера, политичко или кое и да е друго мислење, национално или социјално потекло, припадност на национално малцинство, материјална положба, потекло по раѓање, сексуална ориентација или кој и да е друг статус. Ни во овој Закон не постојат казнени одредби за непочитување и прекршување

на оваа одредба. Забележлива е разликата во бројот на основи за дискриминација што ги предвидуваат овие два значајни закони. Споредувајќи ги основите за дискриминација предвидени со овие закони може да се заклучи дека и двата закони предвидуваат осум заеднички основи за забрана од дискриминација и по четири основи што не се предвидени со другиот закон (на пример Законот за здравствена заштита ги предвидува староста, културата, видот на болеста и инвалидитетот, додека вториот Закон ги предвидува бојата на кожа, потеклото по раѓање, сексуалната ориентација и кој и да е друг статус како основи што се предвидени исклучиво со овие закони). Двата закони кумулативно предвидуваат забрана по сите основи предвидени со меѓународните документи за човекови права. Единствено постои отстапка во однос на предвидувањето на забрана за дискриминација на граѓаните врз основа на нивното место на живеење, односно на граѓаните што живеат во рурална средина.

Посебни овластувања во заштитата на слободите и правата на граѓаните предвидени со Уставот и законите има Народниот правобранител (54). Имено, кога оваа институција ќе утврди повреда на правата на граѓаните од страна на органите на државната управа и другите органи и организации што имаат јавни овластувања, тој поведува постапка согласно со неговата надлежност. За пријавените случаи на повреди во областа на здравството зборуваат расположливите податоци за поднесени претставки до канцеларијата на Народниот правобранител, кои во изминатиот петгодишен период (2008–2012 година) имаат нагорен тренд²⁶. И покрај овој тренд, бројот на поднесени претставки од областа на здравствената заштита е незначителен во однос на вкупниот број на поднесени претставки до оваа институција. Имено, претставките од оваа област претставуваат од 1,8% во 2008 г. до 3,1% во 2012 година од вкупниот број на поднесени претставки. Доколку, пак, направиме анализа врз основа на тоа колку Роми поднеле претставки за дискриминација во областа на здравствената заштита, може да се заклучи дека тие воопшто не ги пријавуваат дискриминаторските практики. Па така во 2008 година само двајца Роми/Ромки поднеле претставки, додека во 2009, 2010, 2011 и 2012 година само по еден Ром/Ромка поднел/а претставка.

²⁶ Во 2008 биле поднесени 69 претставки, во 2009 биле поднесени 72, во 2010 биле поднесени 93, во 2011 година биле поднесени 115 претставки и во 2012 година биле поднесени 166 претставки.

„Во амбулантава овде во Шуто Оризари и надвор во центар во болниците, кога не гледаат нас како националност, како офарбан човек, поинаку постапуваат. И ако си на ред, ќе пуштат пред тебе уште дваесет души, ќе чекаш и ќе дочекаш. И ќе се нервираш и притисокот ќе ти се качи и сето тоа не е добро. Значи кога си на ред, треба да доаѓаш на ред“

(изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

„Кога се породив во болницата една сестра се однесуваше многу грубо со мене, ми кажуваше вие Ромките зборувате глупости. Многу ме навредуваше и многу ми беше тешко, сакав што побргу да излезам од болницата. Ама не се пожалив никаде од неа“

(изјава на испитаничка Ромка од Шуто Оризари).

Загрижувачки неповолна е состојбата во однос на застапеноста на дискриминацијата на различни нивоа и за различни видови на здравствена заштита кај Ромите. Имено, една третина од Ромите пациенти се изложени на нељубезно и однесување без почит од страна на здравствените работници при посета на лекар специјалист во специјалистичко-консултативната здравствена заштита и при болнички престој. За разлика од нив, здравствените работници се однесуваат љубезно и со почит кон другите пациенти. Третманот на Ромите е дури и за три до четири пати полош во однос на оној на другите пациенти. Здравствената заштита на жените Ромки и нивниот третман од страна на матичниот гинеколог и на здравствените работници при контролите за последната бременост и при породувањето исто така се карактеризира со нељубезно и однесување без почит. Ваквиот третман е најприсутен за време на породувањето на жените Ромки.

Дискриминација при посета на специјалист во специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Забележливо е повисок бројот на Роми што при посета на лекар специјалист се третирали нељубезно и без почит или пак се нарекувани со „имиња“ или се навредувани и кон нив се постапувало лошо. При посета на лекар специјалист дури кон 34,6% од Ромите е постапувано нељубезно, што не е случај со другите пациенти. Само кон 5,3% од другите при посета на лекарот специјалист се однесувале нељубезно. Покрај нељубезниот третман, Ромите се третирали и со помалку почит. Бројот на Роми што се третирали без почит е четирипати поголем за разлика од другите пациенти што биле третирали на овој начин при посета на специјалист (31,8% од Ромите и само 6,9% од другите биле третирали без почит). Посетата на специјалист за Ромите значи и посета при која тие се нарекувани со „имиња“ или се исполнети со навреди (9,8%). Ваквото однесување е реалност за само 1,6% од другите пациенти. Закани и малтретирање при посета на специјалист доживеале 7,8% од Ромите и 0,9% од другите. Приближно третина од Ромите пациенти посетата на специјалист ја карактеризираат како посета при која специјалистот кон нив се однесувал лошо (27,6% од Ромите и 6% од другите го потврдиле тоа) (одговори на испитаниците Роми – Графикон бр. 62 и одговори на другите испитаници – Графикон бр. 63).

Доминантна причина за ваквиот третман на Ромите во однос на другите пациенти е етничката припадност. Вака мислат 63,2% од Ромите. По неа следуваат бојата на кожата (13,6%), религијата (8%) и нивото на образование (4%). За разлика од Ромите, другите пациенти сметаат дека главната причина за ваквото однесување и третман кон нив се должи пред сè на нивните приходи (28%), возраста (24%), етничката припадност (18%) и религијата 10% (види Табела бр. 8).

„Многу е битно кај нас Ромите стравот да го исфрлиме од нас, ако има правдина за сè што се случува во сите болници, аптеки или каде било, да ја кажуваме вистината. Стравот е многу битен кај нас и од стравот од незнаењето не сакаме да ја признаеме вистината, а со премолчување нема да постигнеме ништо. Каде било да одиме, јас гарантирам, било во амбуланта, во државна болница, во градска болница, ќе гледате како нè примаат и како не дочекуваат. Ако има некој случај, тие си размислуваат, овој пијан, циган е и ќе те остави таму на некоја страна, па дали ќе те прими или нема да те прими. Ќе дојде после пола саат ќе гледа да те соши со три- четири конци. А сите сме луѓе и треба одма да го гледаш секого без разлика од која националност е. Ти си доктор, ти си надлежен да му помогнеш (изјава на испитаник Ром од Шуто Оризари).

Дискриминација на хоспитализирани пациенти (болничка здравствена заштита на секундарно и терцијарно ниво)

Слично како и при посетата кај специјалист, третманот на Ромите пациенти при болничкиот престој е третман без љубезност, почит и достоинство. Кон 31% од Ромите здравствените работници се однесувале нељубезно, додека 35,3% од Ромите биле третирали без почит. Другите пациенти биле нељубезно третирали само во 4,6%, а без почит биле третирали само 6,9%. За време на болничкиот престој, 9,6% од хоспитализираните Роми биле нарекувани со имиња и биле навредувани, за разлика од другите хоспитализирани, 3,1%, што доживеале ваков вид на однесување. На 6,4% од хоспитализираните Роми и само 0,8% од другите пријавиле дека за време на престојот во болница им се заканувале или ги малтретирале. За време на болничкиот престој, 34% од Ромите биле третирали лошо, а само 4,6% од

другите пациенти биле изложени на ваков вид на однесување. Физичкото насилство, односно употребата на физичка сила за време на престојот во болница била реалност за 3,2% од хоспитализираните Роми и за само 0,8% од другите пациенти (одговори на испитаниците Роми – Графикон бр. 64; одговори на другите испитаници – Графикон бр. 65).

Според Ромите²⁷, етничката припадност (54,3%) е доминантна причина за ваквиот однос, по која следуваат нивото на образование (15,7%), бојата на кожата (12,9%), религиозната припадност (8,6%), приходите (5,7%) и возраста (1,4%). Другите, пак, сметаат дека возраста (26,7%), приходите (26,7%) и етничката припадност (20%), се трите скоро подеднакво застапени причини за ваквото однесување (Табела бр. 9).

Третман на жените Ромки на матичен гинеколог

Жените Ромки се генерално полошо третирани за разлика од другите жени од страна на матичните гинеколози. Приближно една третина од Ромките најмалку еднаш се соочиле со ситуација при посета на матичен гинеколог со нив да се однесуваат нељубезно (27,4%). Само 1,6% од другите изјавиле дека најмалку еднаш се соочиле со нељубезен однос. Една петтина од Ромките при оваа посета биле третирани без почит (19,3%) за разлика од другите жени (2,7% биле третирани без почит). Нарекувањето со „имиња“ и навредувањето како форма на дискриминација е реалност за Ромките при посета на гинеколог, додека во пет (5) случаи тие биле дури и физички нападнати. Приближно една петтина (16,8%) од жените Ромки ја карактеризираат посетата на гинеколог како посета при која гинекологот кон нив се однесувал лошо. Ваквото однесување е незначително застапено кај другите жени (0,5%) (одговори на испитаничките Ромки – Графикон бр. 66; одговори на другите испитанички – Графикон бр. 67).

Секоја втора Ромка (51,7%) смета дека нивната етничка припадност е главната причина за ваквиот третман од страна на гинекологот, додека секоја четврта Ромка (25%) смета дека тоа е резултат на

²⁷ Испитаниците што пријавиле некои од погоре наведените негативни однесувања за време на престојот во болница (70 Роми и 15 припадници на другите етнички групи), беа запрашани во однос на тоа која е главната причина за ваквото однесување и состојби.

бојата на нивната кожа (Табела бр. 10). Доколку ги земеме предвид овие две доминантни причини за дискриминација, тоа значи дека повеќе од две третини од Ромките сметаат дека ваквиот третман е само затоа што тие се Ромки. За разлика од Ромките, припадничките од другите етнички заедници сметаат дека главна причина за ваквиот третман на гинекологот е етничката припадност (29,4%), по кој следува висината на приходите (11,8%).

Третман на жените Ромки за време на бременоста

За време на здравствените контроли при последната бременост на жените Ромки, здравствените работници се однесувале нељубезно (11,7%), без почит (19,9%), ги нарекувале жените Ромки со „имиња“ (5%) и кон нив се однесувале лошо (18,3%). За разлика од нив, кон другите жени здравствените работници се однесувале нељубезно двапати помалку отколку кон жените Ромки (5,6%) (одговори на испитаничките Ромки – Графикон бр. 68; одговори на другите испитанички – Графикон бр. 69).

Три од четири Ромки сметаат дека етничката припадност е причина за ваквиот третман на здравствените работници за време на нивните контроли за последната бременост (75%), додека 15% сметаат дека тоа е бојата на нивната кожа (Табела бр. 11). Другите жени не знаат да ја наведат причината за нељубезниот однос на здравствените работници.

Третман на Ромките за време на породувањето

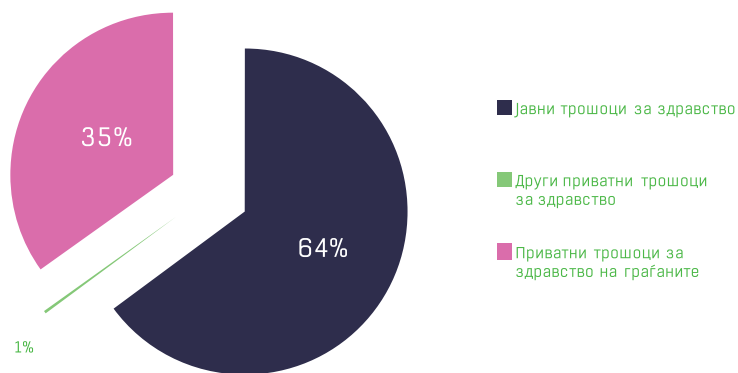
Значителен е бројот на жените Ромки што биле третирани нељубезно (37,9%) и без почит (36%) за време на породувањето. Дел од нив биле навредувани и биле нарекувани со „имиња“. За разлика од нив, другите жени не биле изложени на ваков третман при породувањето (одговори на испитаничките Ромки – Графикон бр. 70; одговори на другите испитанички – Графикон бр. 71).

Дури 87,5% од Ромките сметаат дека главна причина за ваквото однесување при породување е етничката припадност, по која следува религијата (8,3%) и бојата на кожата (4,2%) (Табела бр. 12).

АНЕКС 1 ГРАФИКОНИ

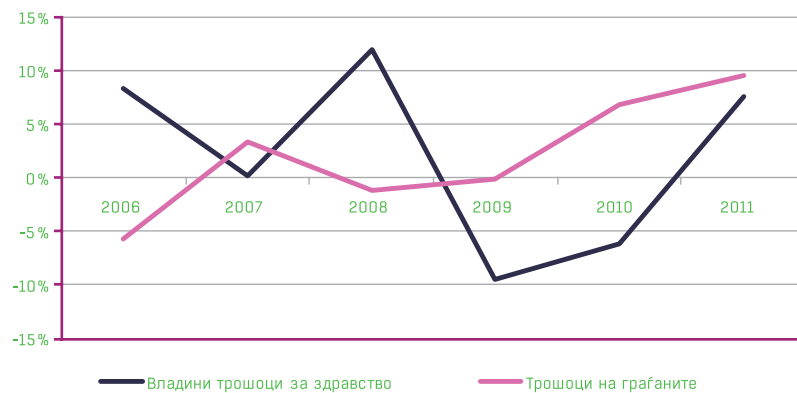
Графикон бр. 1.

Учество на јавните и приватните трошоци за здравство во вкупните трошоци за здравство(изразени во проценти).



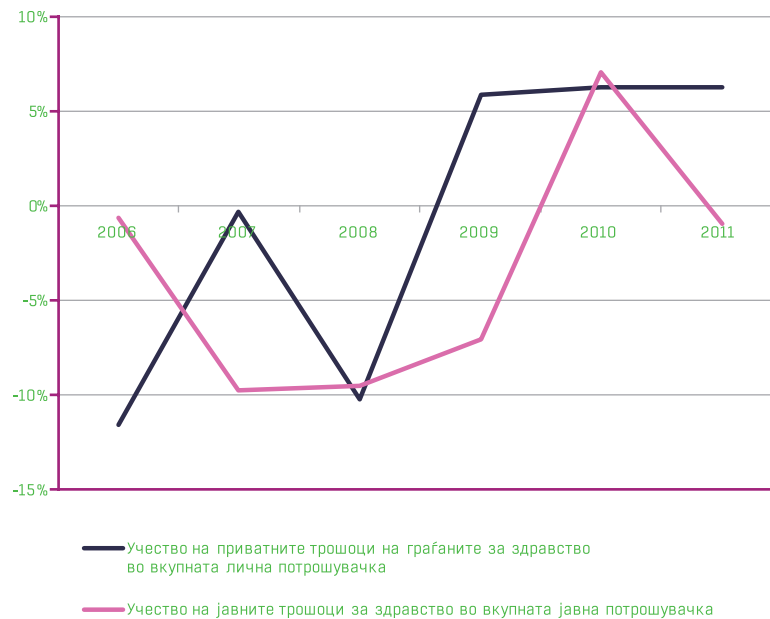
Графикон бр. 2.

Пораст на приватните трошоци за здравство на граѓаните наспроти порастот на јавните трошоци за здравство (изразени во проценти).

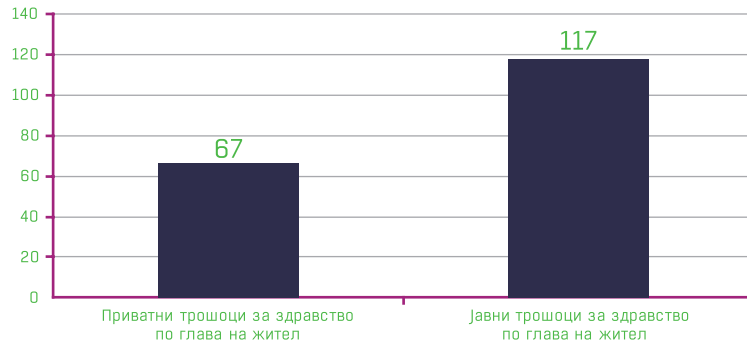


Графикон бр. 3.

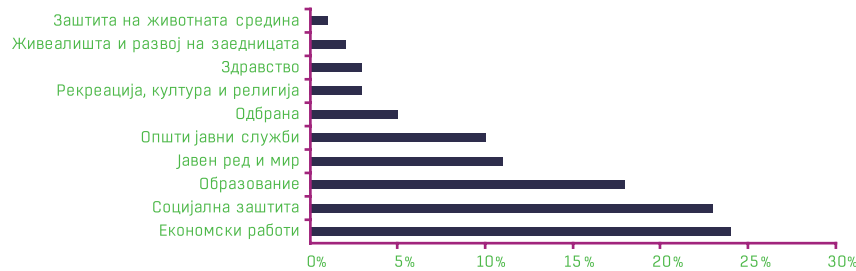
Учество на приватните трошоци за здравство во вкупната лична потрошувачка и јавните трошоци за здравство во вкупната јавна потрошувачка (изразени во проценти).



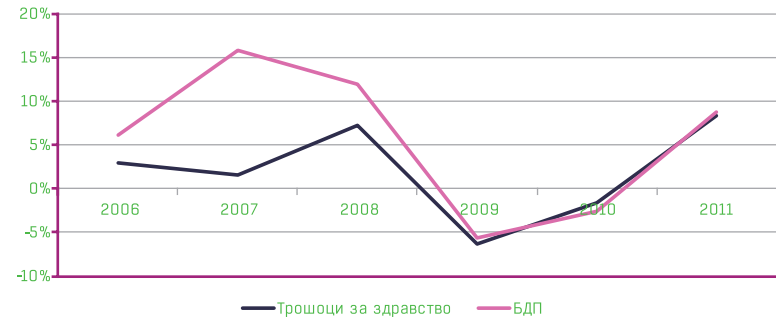
Графикон бр. 4.
Приватни трошоци за здравство на граѓаните и јавни трошоци за здравство по глава на жител (износите се изразени во евра).



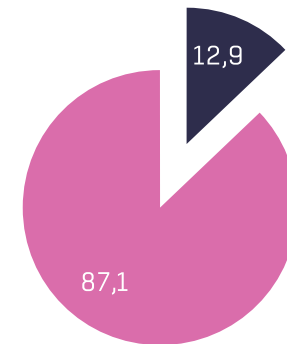
Графикон бр.6.
Просечен износ на распределени средства од централниот буџет по функции за периодот од 2005 до 2012 година (изразени во проценти).



Графикон бр. 5.
Пораст на трошоците за здравство наспроти порастот на БДП во периодот од 2005 – 2011 година (изразени во проценти).



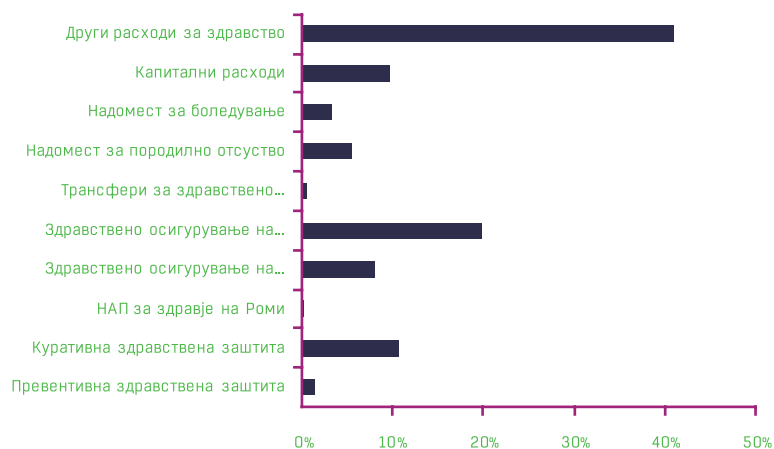
Графикон бр.7.
Износ на средства од буџетот на државата потрошени за здравство наспроти вкупно потрошените средства од буџетот на државата во периодот од 2005 до 2011 година (изразени во проценти).



■ Средства потрошени за здравство
■ Средства потрошени за други намени

Графикон бр.8.

Просечно распределени средства од буџетот за здравство на РМ по намени во периодот од 2005 до 2012 година (изразени во проценти).



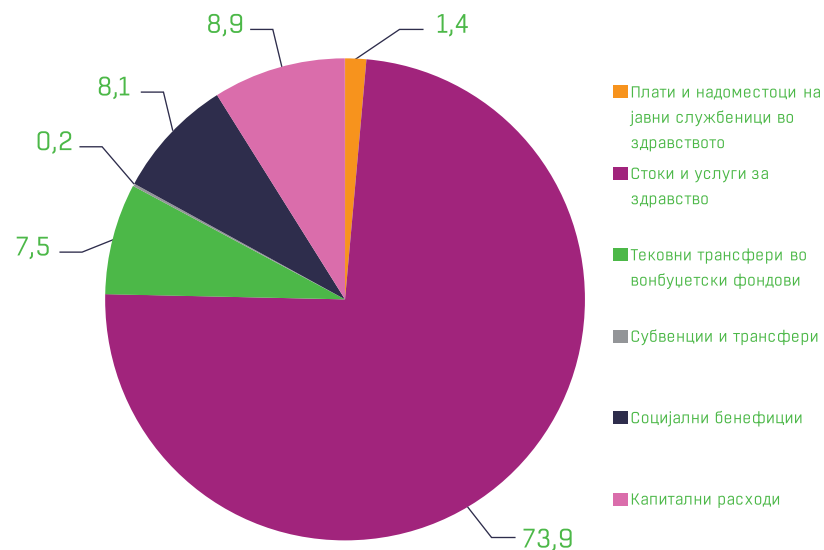
Графикон бр.10.

Пораст на вкупниот долг на централната власт наспроти порастот на бруто домашниот производ на РМ во период од 2005 до 2012 година (изразени во проценти).



Графикон бр.9.

Структура на расходите на државниот буџет за здравство во периодот од 2005 до 2012 година (изразени во проценти).



Графикон бр.11.

Износ на планирани и алоцирани средства за имплементација на активностите од Националниот акциски план за здравје на Ромите во периодот од 2005 до 2011 година (изразени во евра).



Графикон бр. 12.

Движење на потрошените средства за здравство од основниот буџет, буџетот на фондови, заеми, донации и самофинансирачки активности во периодот од 2005 до 2012 година (изразени во проценти) .



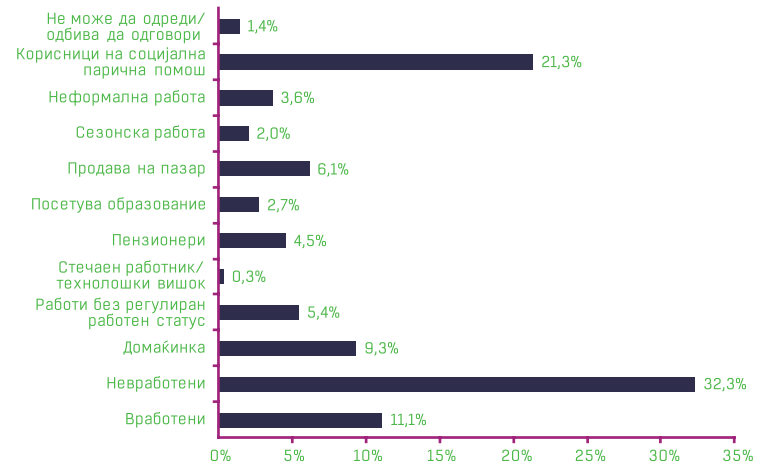
Графикон бр. 14.

Приказ на работниот статус на испитаниците од другите етнички групи (изразени во проценти).



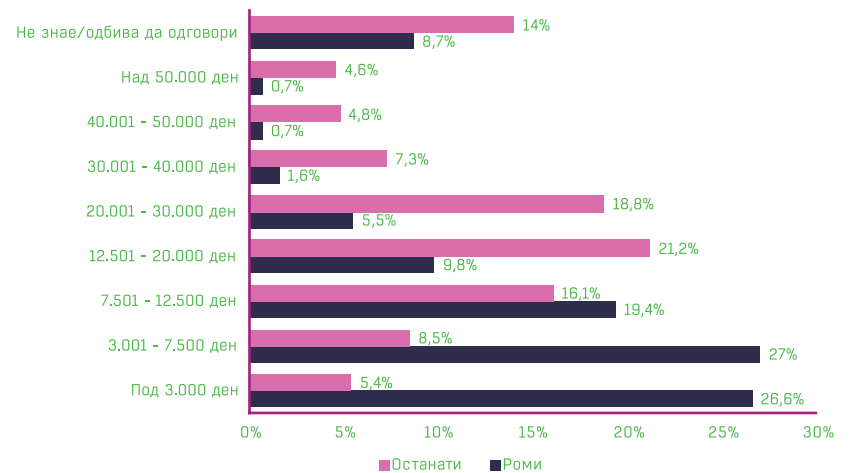
Графикон бр. 13.

Приказ на работниот статус на испитаниците Роми (изразени во проценти).



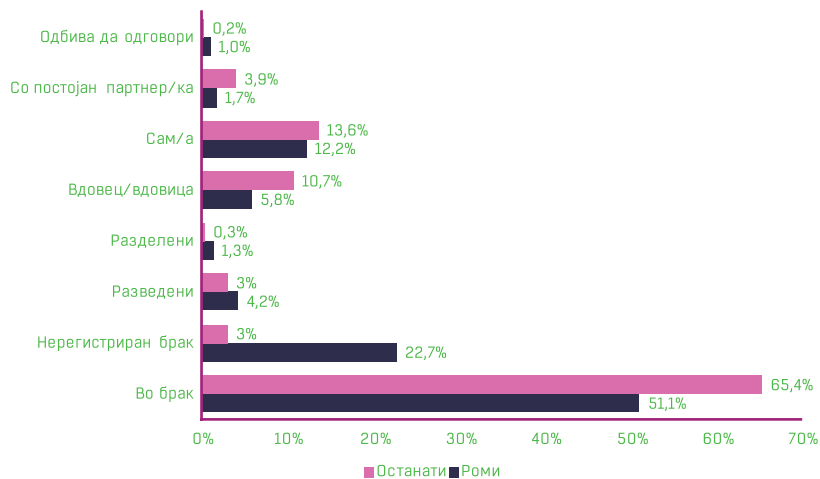
Графикон бр. 15.

Просечни месечни приходи во домаќинството на испитаниците (изразени во проценти).



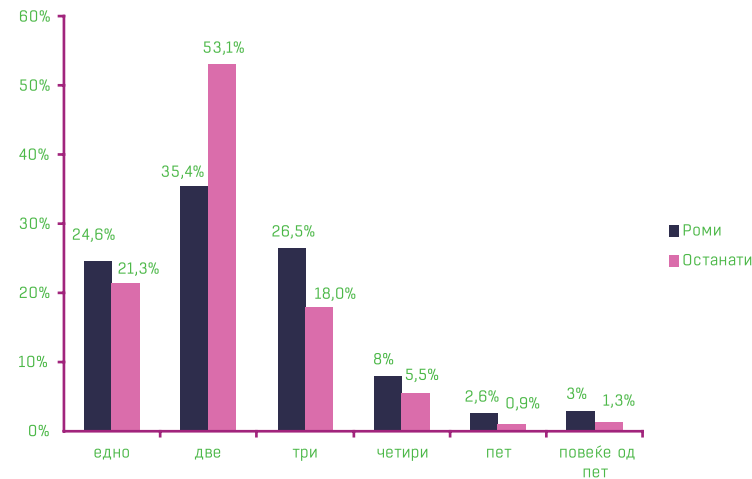
Графикон бр. 16.

Брачна состојба на испитаниците (изразени во проценти).



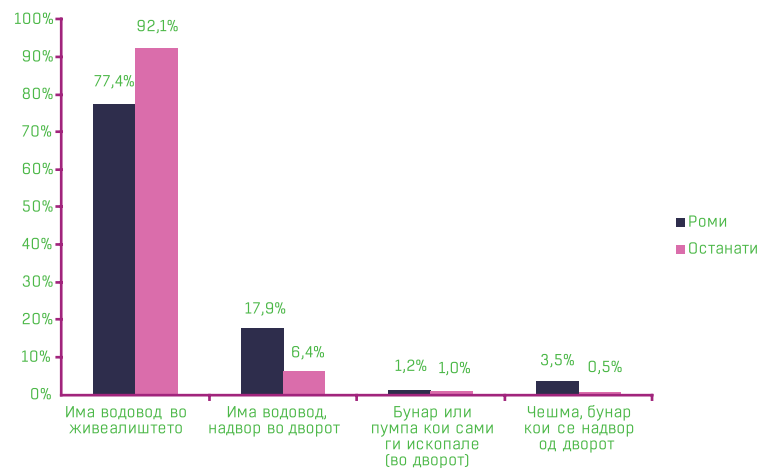
Графикон бр. 17.

Број на деца на испитаниците (изразени во проценти).



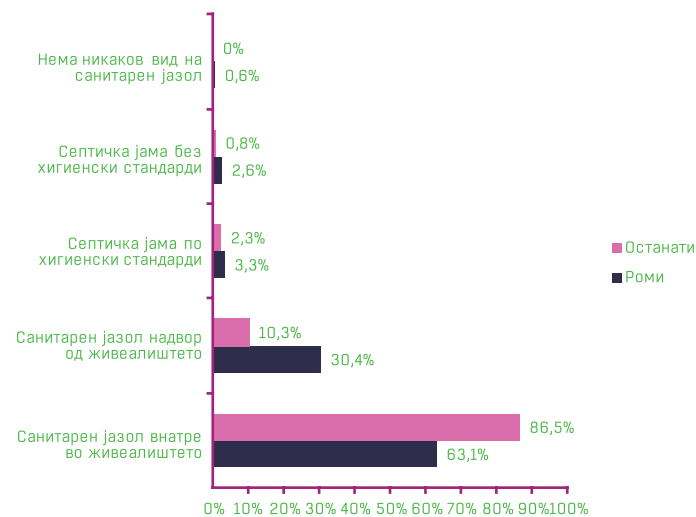
Графикон бр. 18.

Снабдување со вода за пиење во домаќинствата на испитаниците (изразени во проценти).



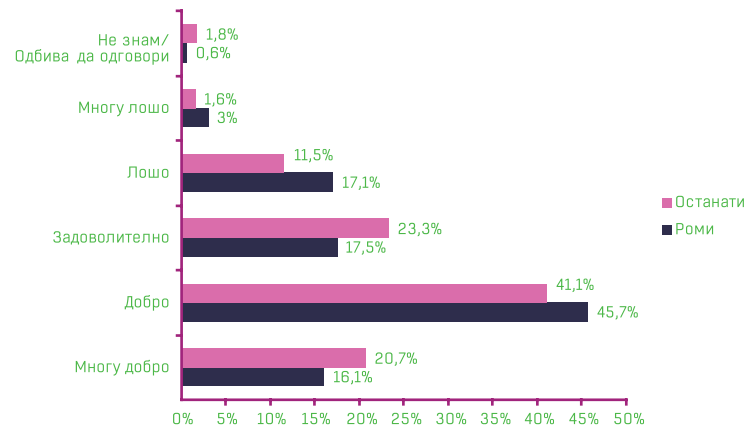
Графикон бр. 19.

Третман на отпадните води од домаќинствата на испитаниците (изразени во проценти).



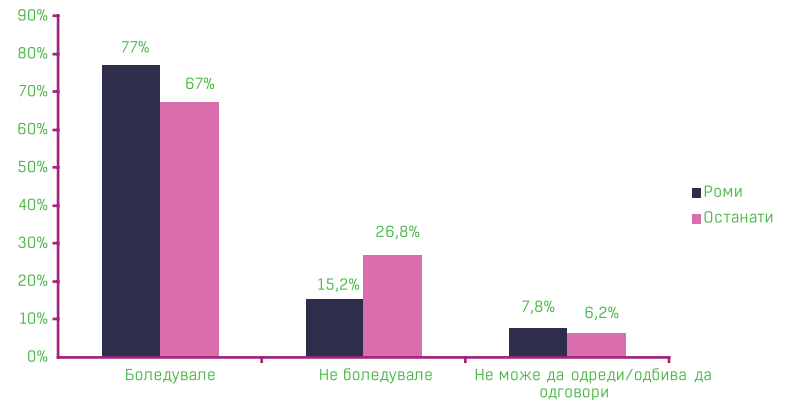
Графикон бр. 20.

Самопроценета здравствена состојба на испитаниците (изразени во проценти).



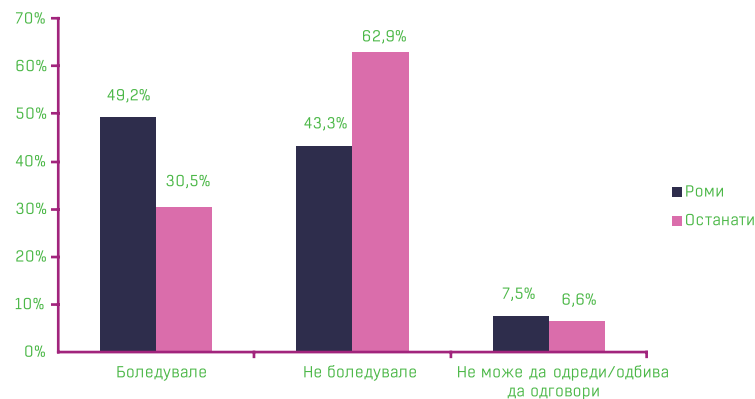
Графикон бр. 21.

Испитаници кои во последните 12 месеци боледувале од настинки, грип и други инфекции на дишните патишта (изразени во проценти).



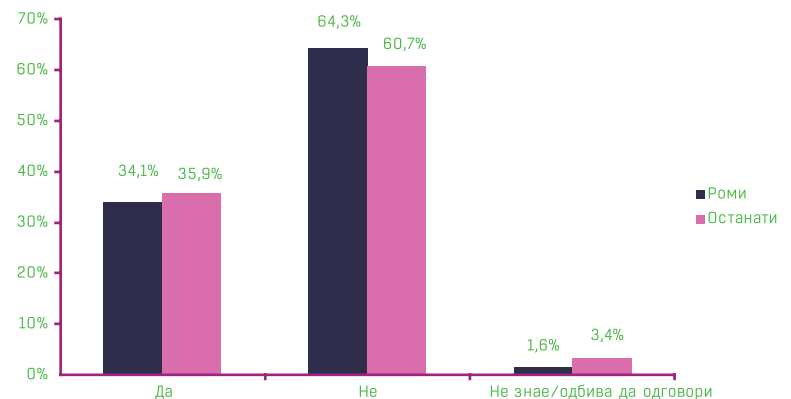
Графикон бр. 22.

Испитаници кои во последните 12 месеци боледувале од стомачни инфекции (дијареа, повраќање, стомачни мачнинии сл.) (изразени во проценти).



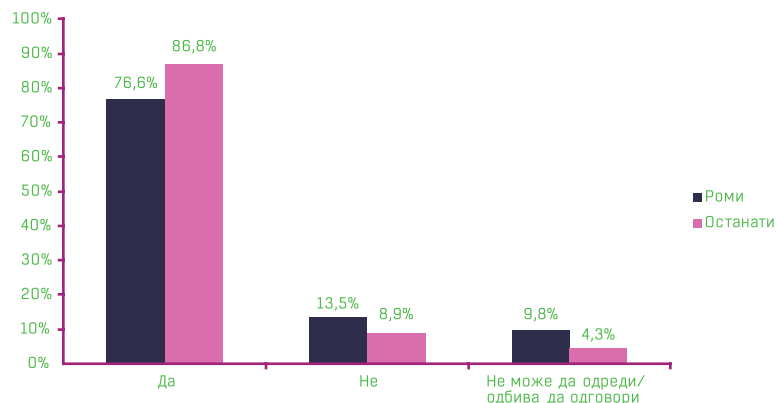
Графикон бр. 23.

Испитаници со хроничен здравствен проблем кој бара редовни здравствени услуги и редовна посета на здравствени установи (изразени во проценти).



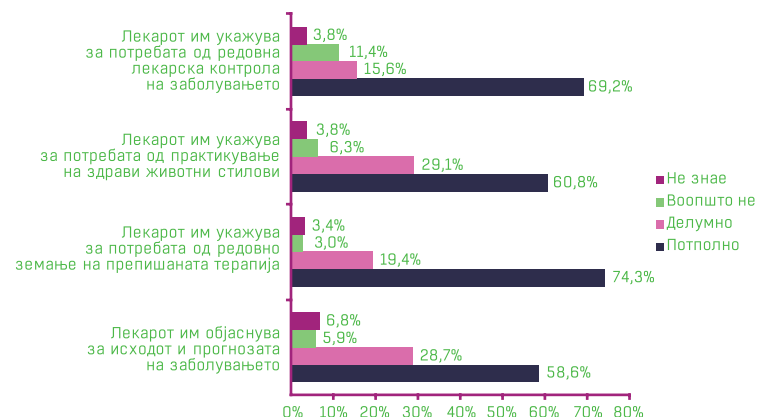
Графикон бр. 24.

Испитаници со хроничен здравствен проблем кои редовно примаат терапија за хроничното заболување (изразени во проценти).



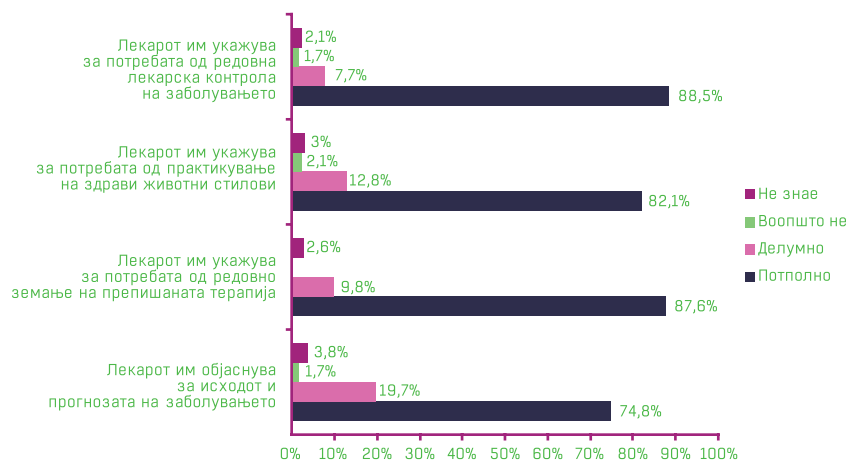
Графикон бр. 25.

Квалитетот на здравствените услуги што ги добиваат Роми кои страдаат од хронични здравствени проблеми од страна на лекарите каде што ги прават редовните контроли (изразени во проценти).



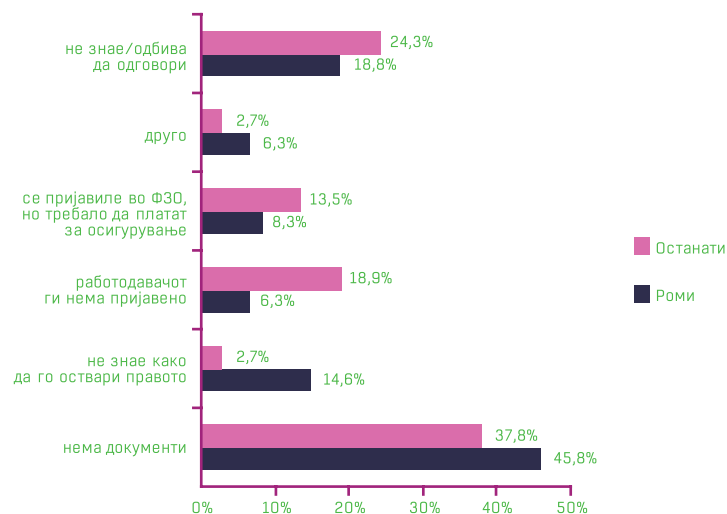
Графикон бр. 26.

Квалитетот на здравствените услуги што ги добиваат испитаниците од другите етнички групи кои страдаат од хронични здравствени проблеми од страна на лекарите каде што ги прават редовните контроли (изразени во проценти).



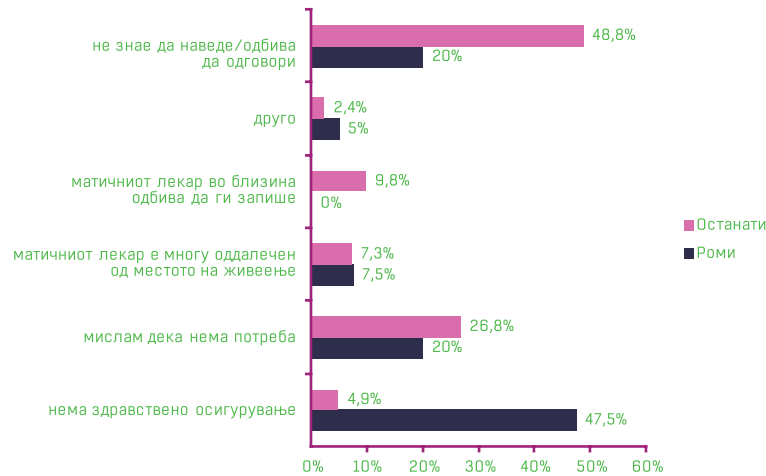
Графикон бр.27.

Причини за немање на здравствено осигурување кај испитаниците (изразени во проценти).



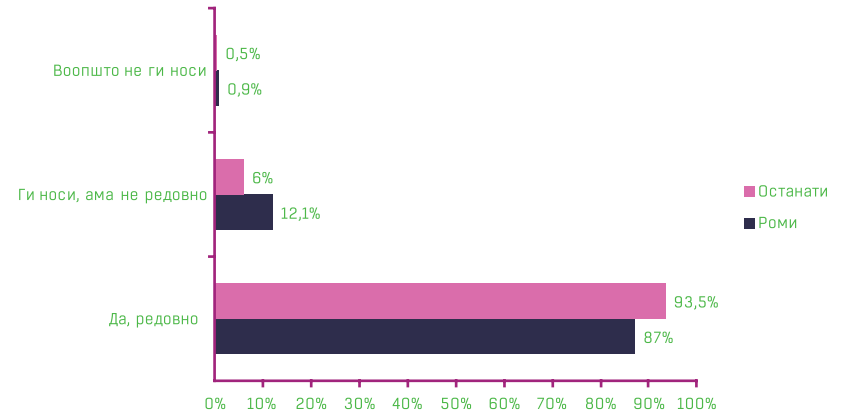
Графикон бр. 28.

Причини за немање на одбран матичен лекар (изразени во проценти).



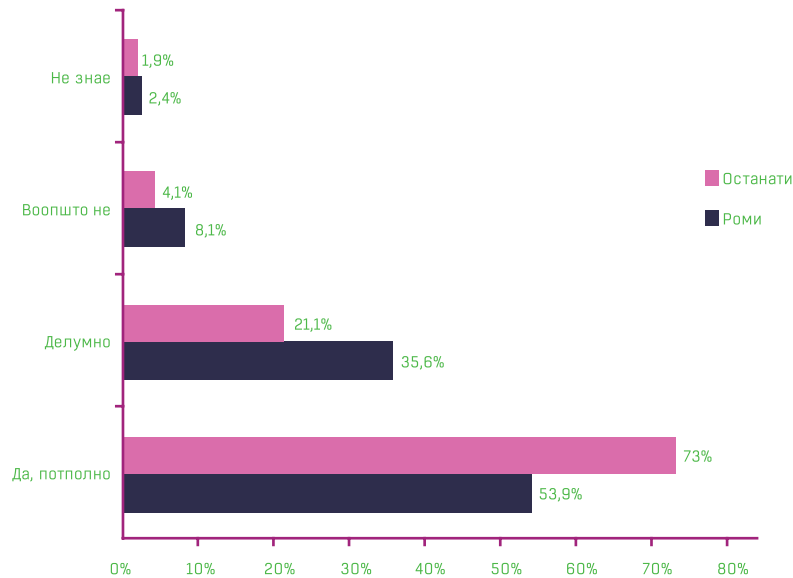
Графикон бр. 29.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали редовно ги носат нивните малолетни деца на вакцинација (изразени во проценти).



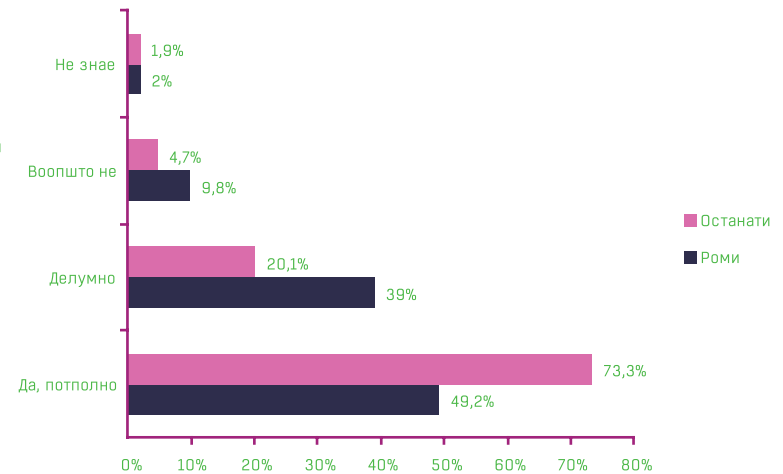
Графикон бр. 30.

Задоволство од односот на докторот во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).



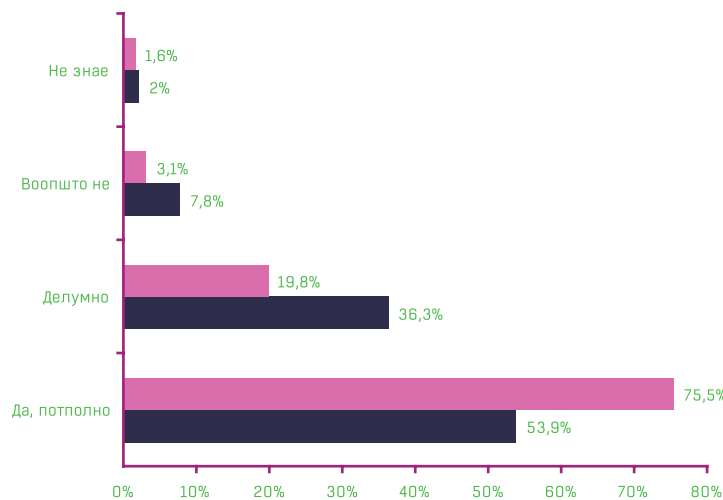
Графикон бр. 31.

Задоволство од добиената услуга во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).



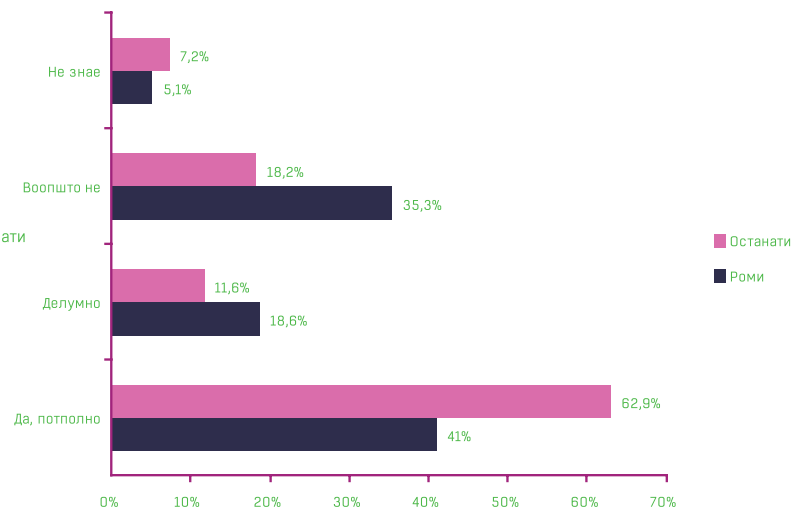
Графикон бр. 32.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали ги разбрале информациите што им ги дал докторот во специјалистичко-консултативна здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).



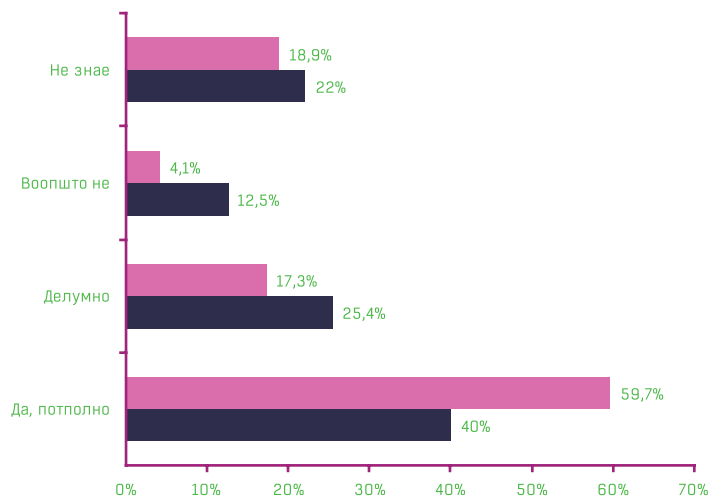
Графикон бр. 33.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали биле запрашани дали имаат дополнителни прашања за докторот во специјалистичко-консултативна здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).



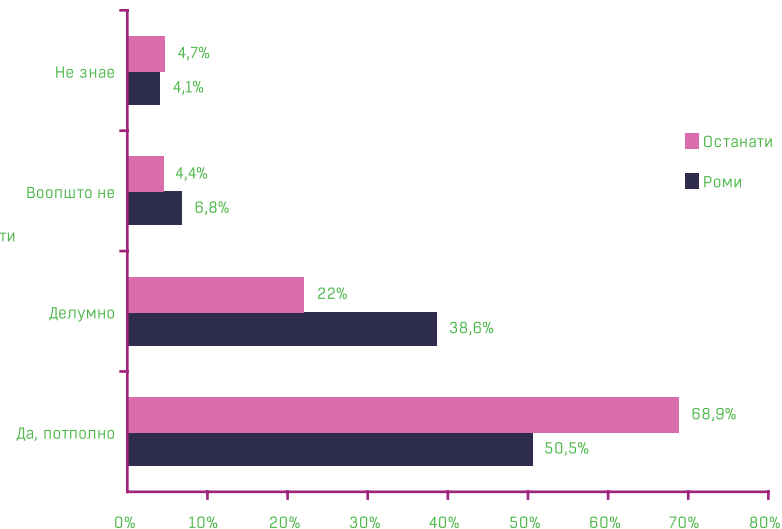
Графикон бр. 34.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали прашањата упатени до докторот во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ биле сериозно сфатени (изразени во проценти).



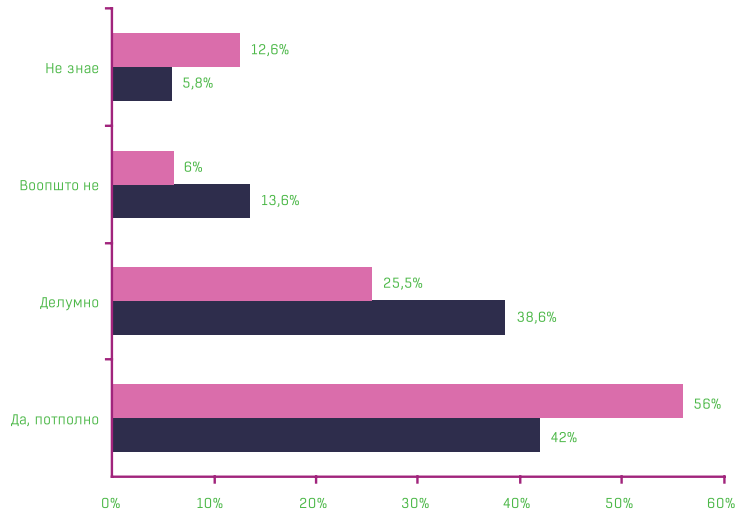
Графикон бр. 35.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали докторот во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ доволно ги информирал за нивната здравствена состојба (изразени во проценти).



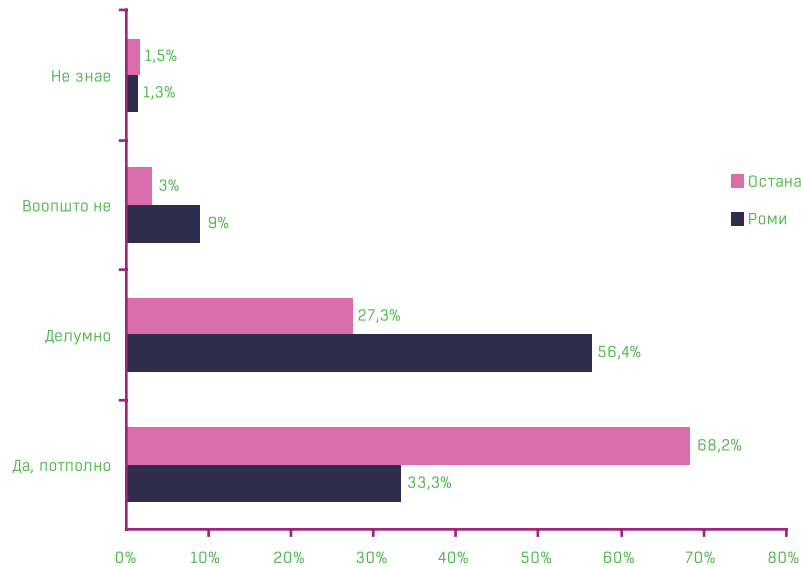
Графикон бр. 36.

Одговори на испитаниците во однос на тоа дали докторот во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ им посветил доволно време за објаснувања (изразени во проценти).



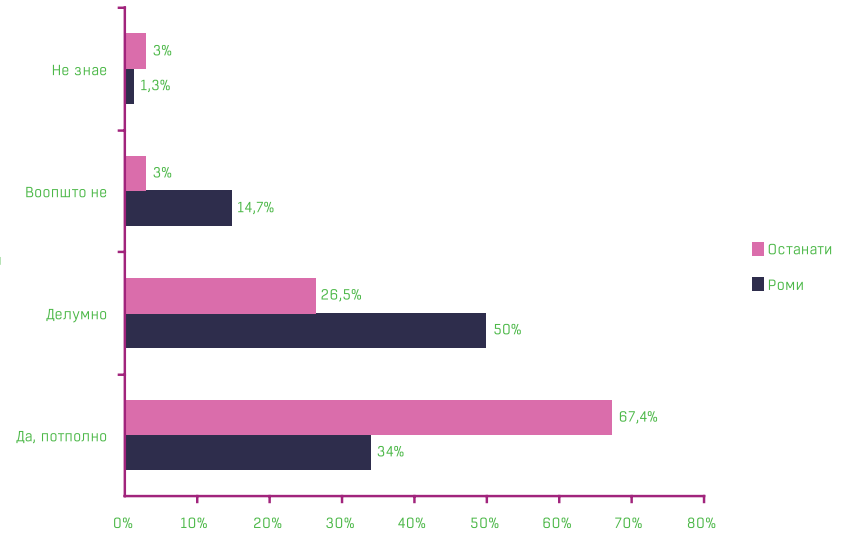
Графикон бр. 38.

Задоволство од здравствената услуга во болничките јавни здравствени установи (изразени во проценти).



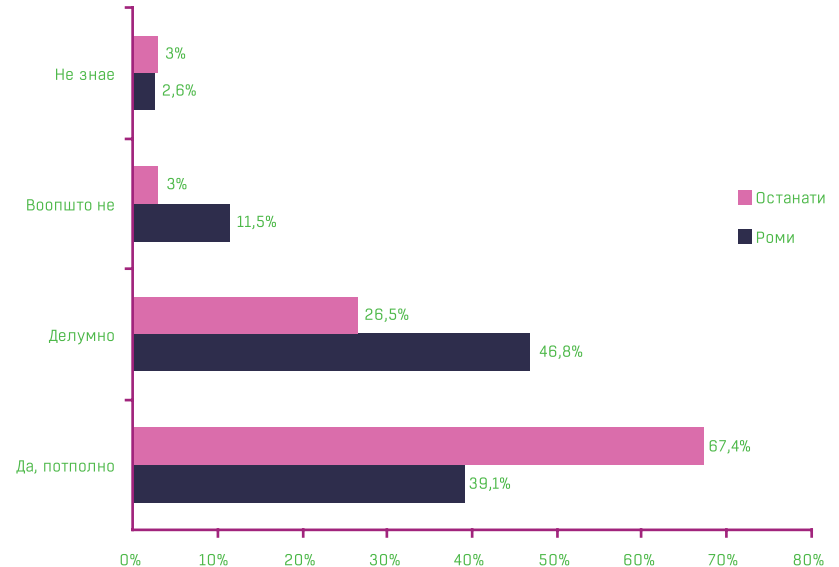
Графикон бр. 37.

Задоволство од односот на здравствениот персонал во болничките јавни здравствени установи (изразени во проценти).



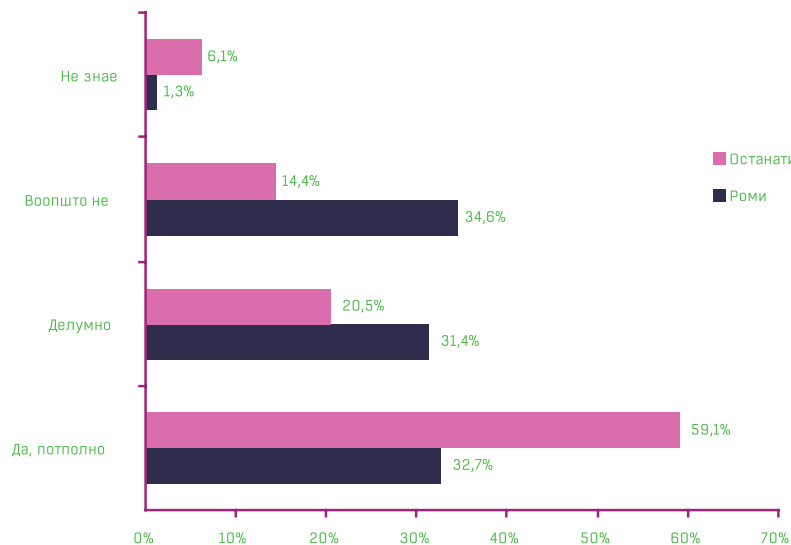
Графикон бр. 39.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали ги разбрале добиените информации од докторот при престој во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).



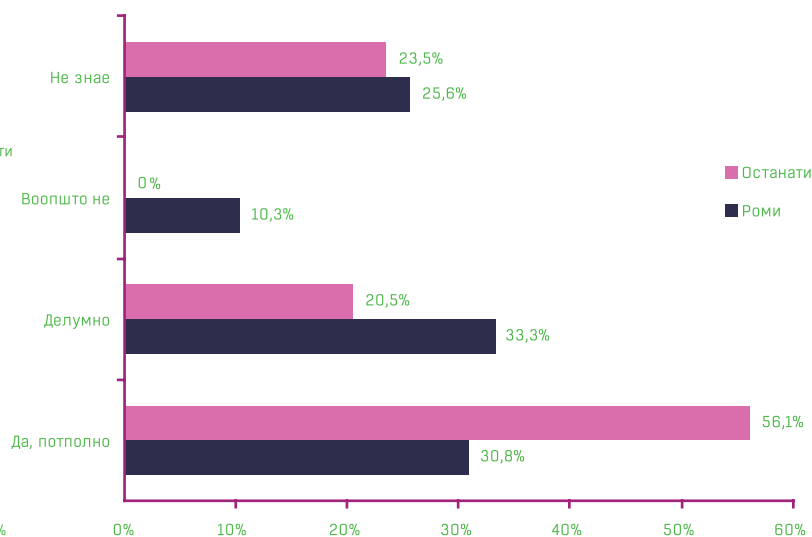
Графикон бр. 40.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали биле запрашани дали тие имаат дополнителни прашања за докторот во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).



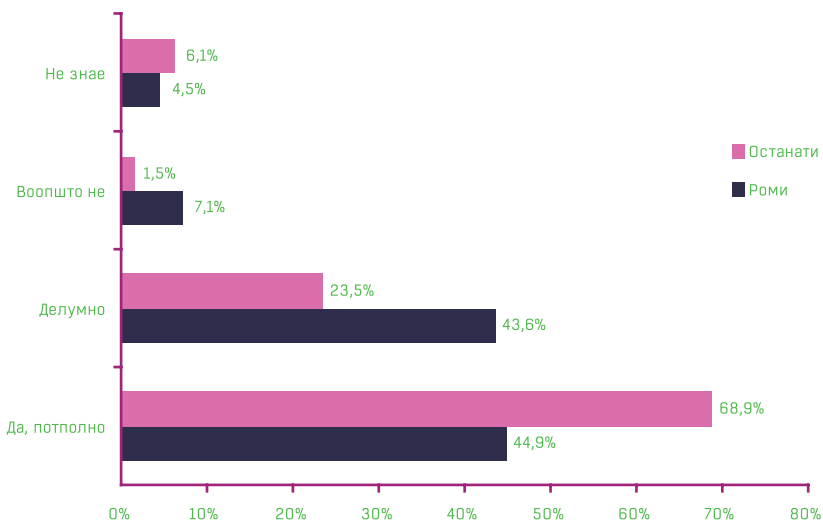
Графикон бр. 41.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали нивните прашања биле сериозно сфатени од страна на докторот во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).



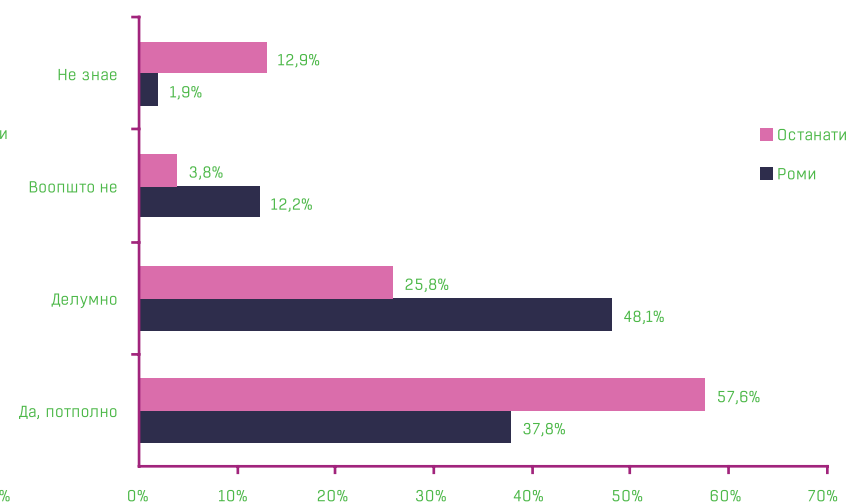
Графикон бр. 42.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали докторот во болничка ЈЗУ доволно ги информирал за нивната здравствена состојба (изразени во проценти).



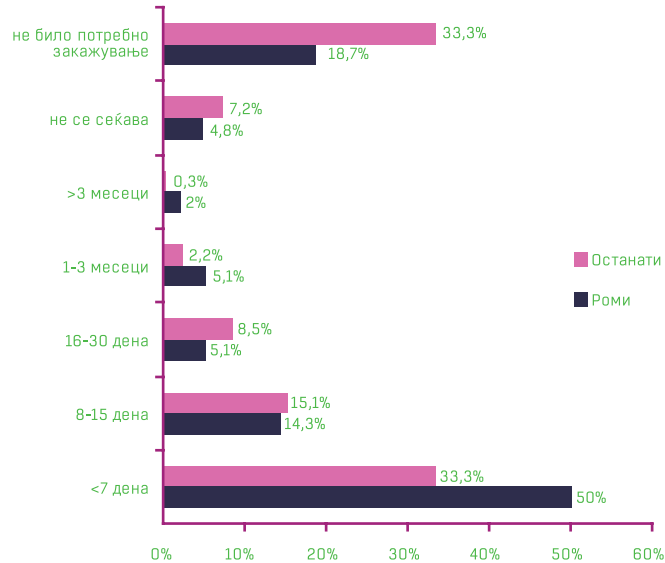
Графикон бр. 43.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали докторот во болничка ЈЗУ им посветил доволно време за да им даде објаснување (изразени во проценти).



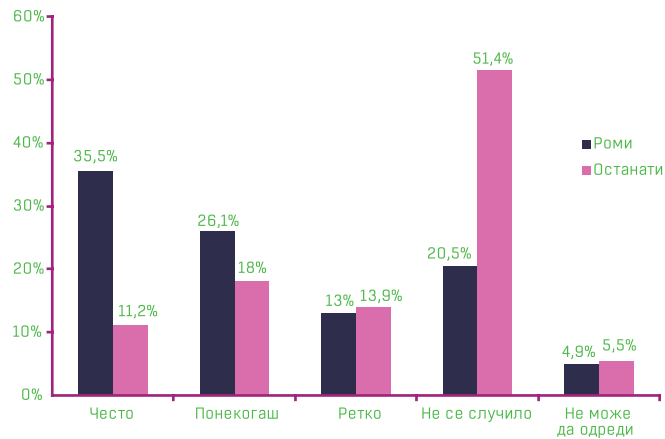
Графикон бр. 44.

Време на чекање за преглед во специјалистичко-консултативна здравствена заштита (изразени во проценти).



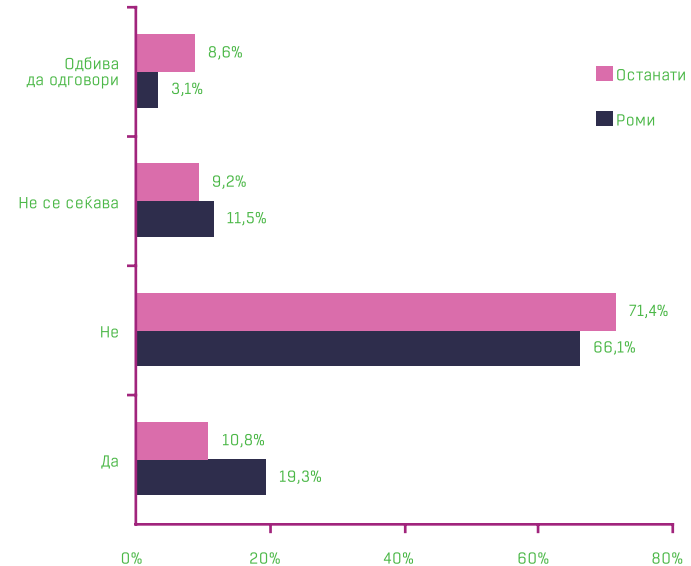
Графикон бр. 46.

Зачестеност на појавата преписани лекови на рецепт испитаниците да не можеле да ги набават во последните 12 месеци поради немање на финансиски средства (изразени во проценти).



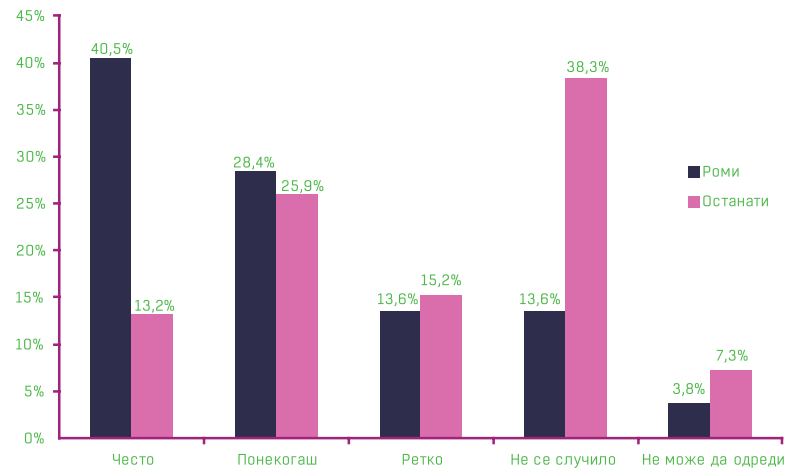
Графикон бр.45.

Одговор на испитаниците во однос на тоа дали им било понудено друго алтернативно решение како пократок рок за чекање ако приватно се плати интервенцијата (изразени во проценти).



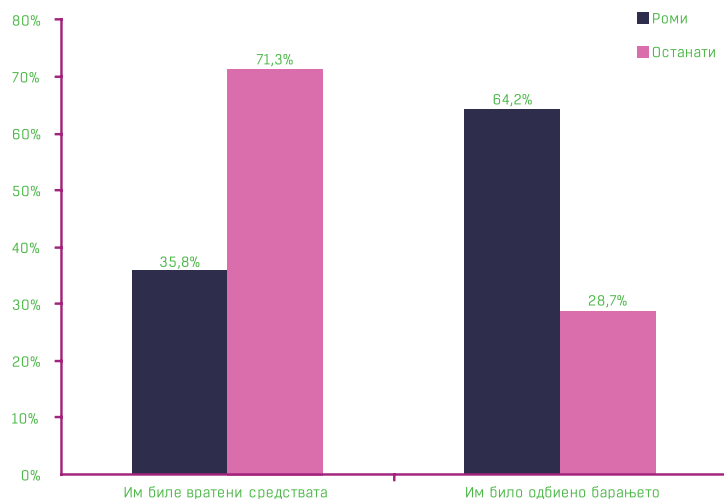
Графикон бр. 47.

Зачестеноста на појавата преписани лекови на рецепт испитаниците да не можат да ги набават со картон за здравствено осигурување во последните 12 месеци, поради што морале да ги купат приватно (изразени во проценти).



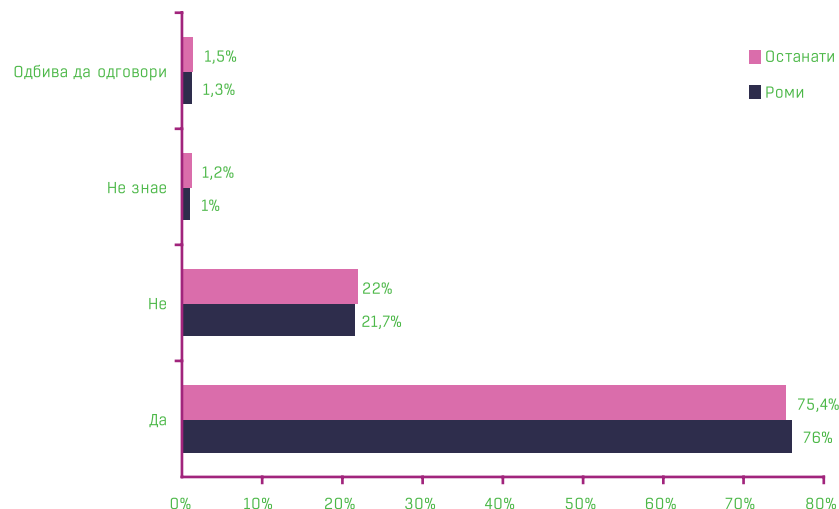
Графикон бр. 48.

Одговор на испитаниците во однос на исходот од поднесеното барање до ФЗО за рефундација на средствата за купен лек или друг медицински материјал во последните 12 месеци (изразени во проценти).



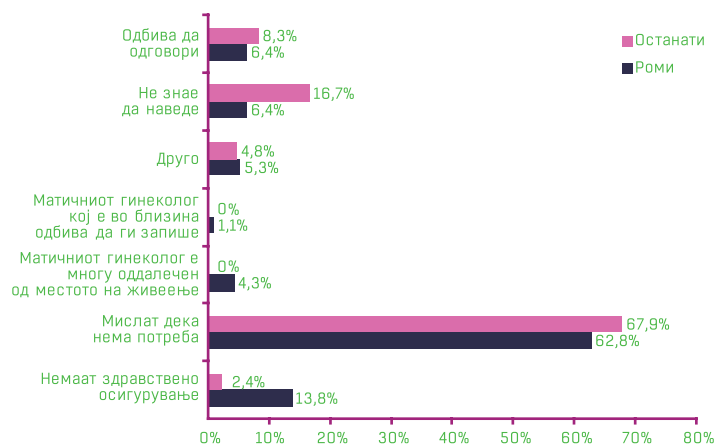
Графикон бр. 49.

Приказа на жените испитанички во однос на тоа дали имаат избрано матичен гинеколог (изразени во проценти).



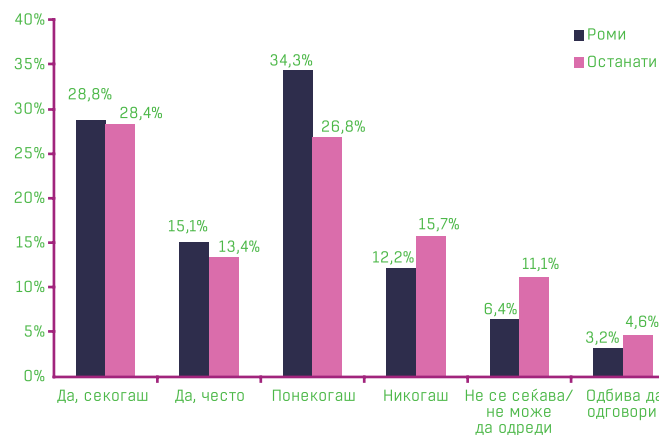
Графикон бр. 50.

Причини поради кои жените испитанички немаат избрано матичен гинеколог (изразени во проценти).



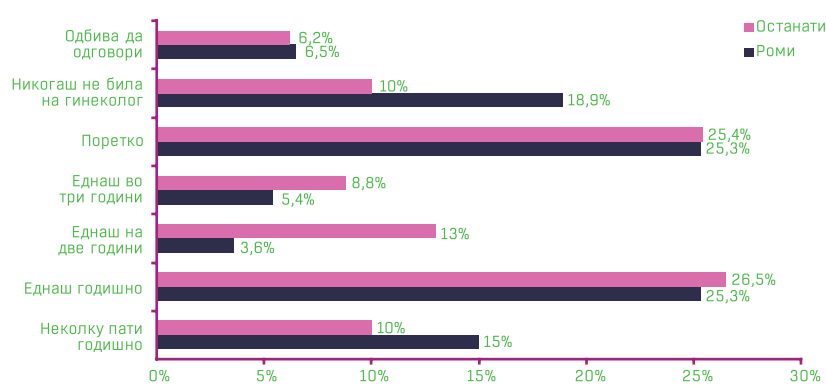
Графикон бр. 51.

Одговори на жените испитанички во однос на тоа дали и колку често матичниот гинеколог им наплаќа за услугите кои според регулативата на ФЗО се бесплатни (изразени во проценти).



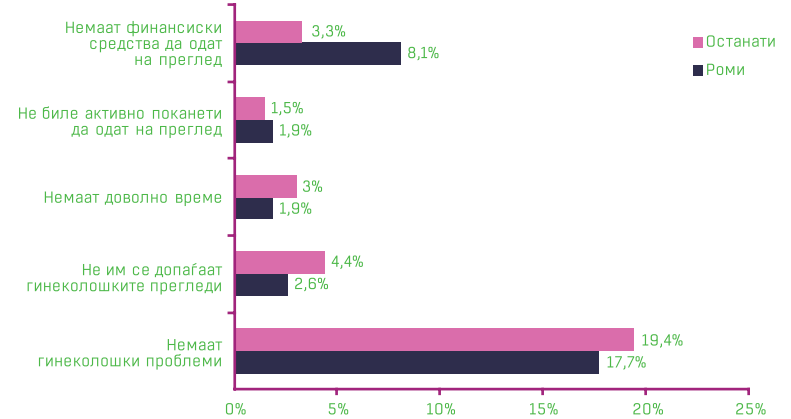
Графикон бр. 52.

Честотата на посети на гинеколог за превентивни гинеколошки прегледи (изразени во проценти).



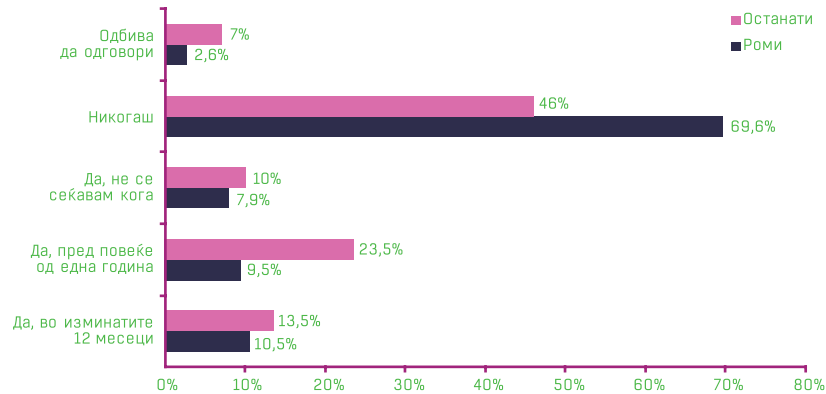
Графикон бр. 53.

Најчести причини зашто жените не одат на редовни превентивни гинеколошки прегледи (изразени во проценти).



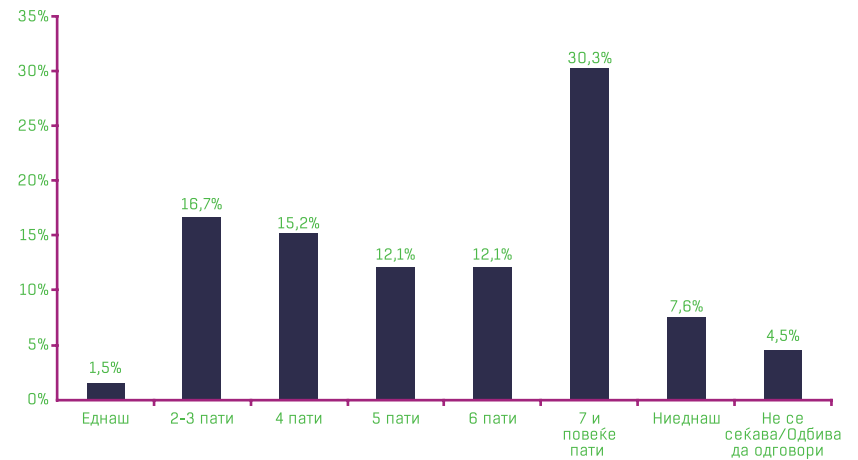
Графикон бр. 54.

Одговор на жените испитанички во однос на тоа дали и кога се обрatile на лекар за преглед на дојките (изразени во проценти).



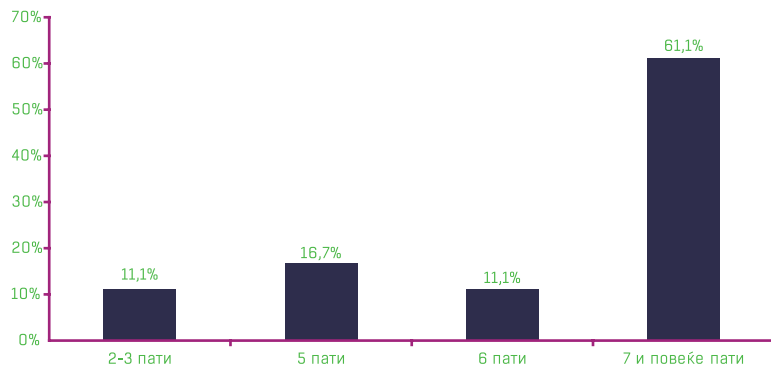
Графикон бр. 55.

Број на контроли на гинеколог за време на последната бременост на жените Ромки (изразени во проценти).



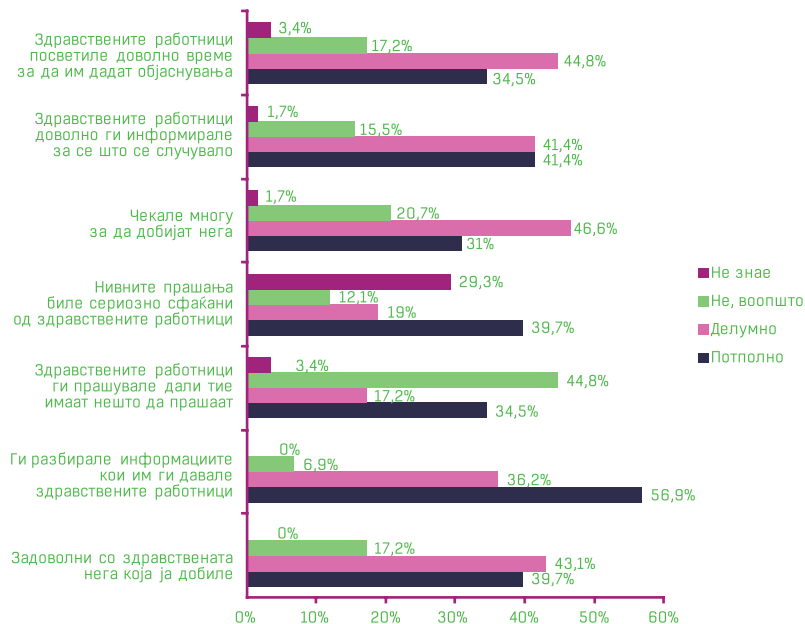
Графикон бр. 56.

Број на контроли на гинеколог за време на последната бременост на жените од другите етнички групи (изразени во проценти).



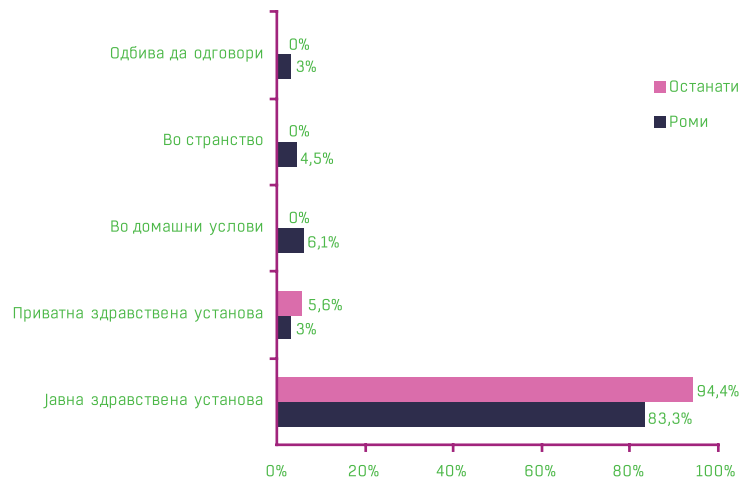
Графикон бр. 58.

Одговори на жените Ромки на прашањата поврзани со задоволството од услугите и квалитетот на здравствените услуги добиени во здравствената установа за време на породувањето (изразени во проценти).



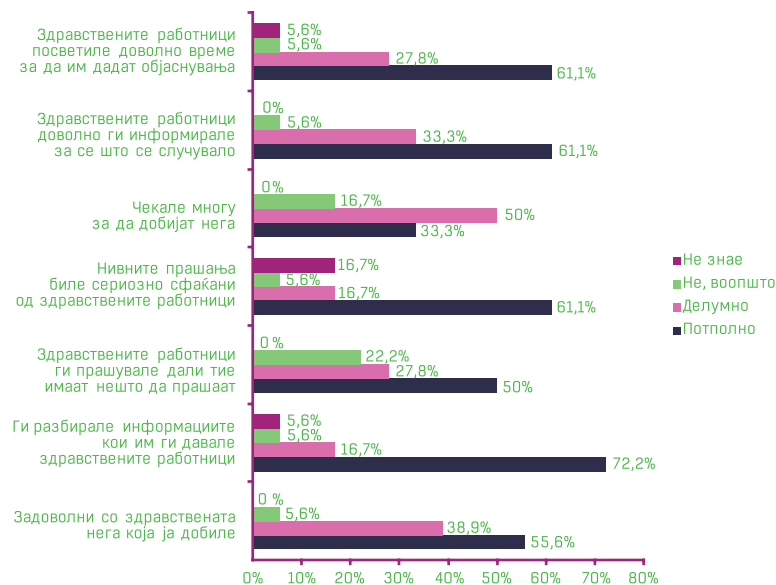
Графикон бр. 57.

Место на породување при последната бременост на жените испитанички (изразени во проценти).



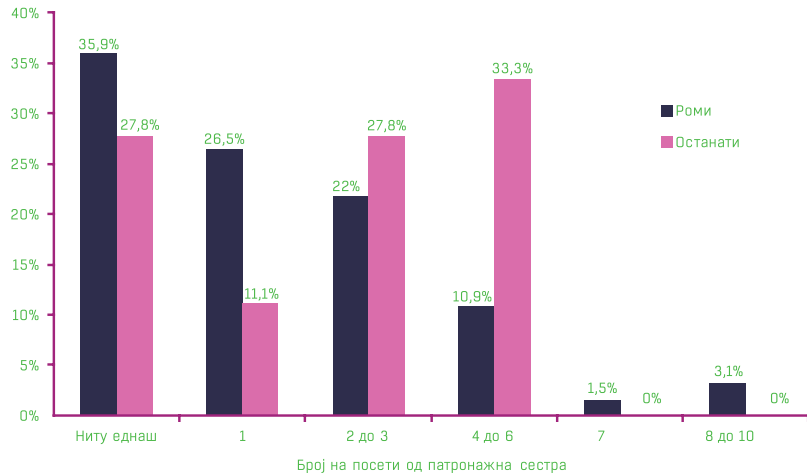
Графикон бр. 59.

Одговори на жените од другите етнички групи на прашањата поврзани со задоволството од услугите и квалитетот на здравствените услуги добиени во здравствената установа за време на породувањето (изразени во проценти).



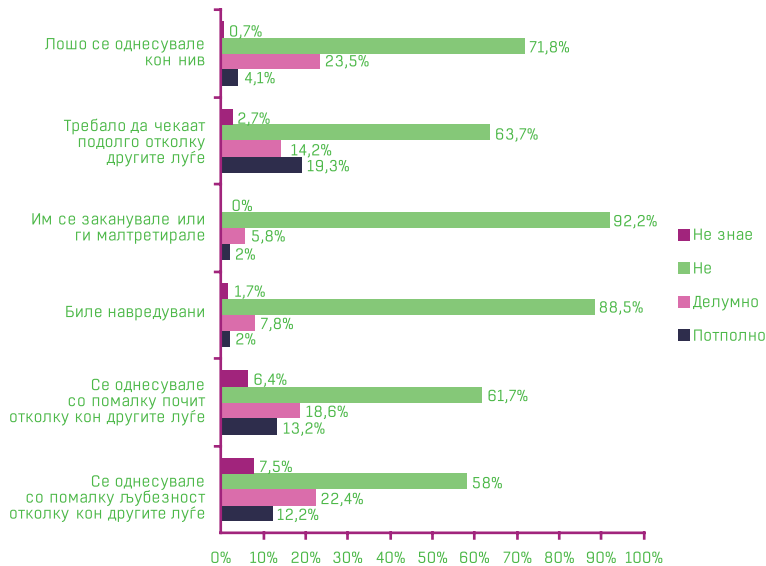
Графикон бр. 60.

Број на посети од страна на патронажна сестра во периодот на последната бременост и по раѓањето (изразени во проценти).



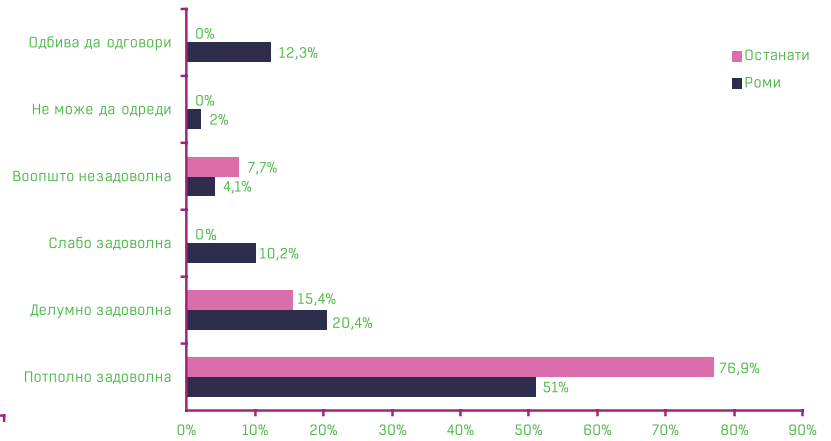
Графикон бр. 62.

Одговор на испитаниците Роми на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при посета на лекар специјалист во специјалистичко-консултативна здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).



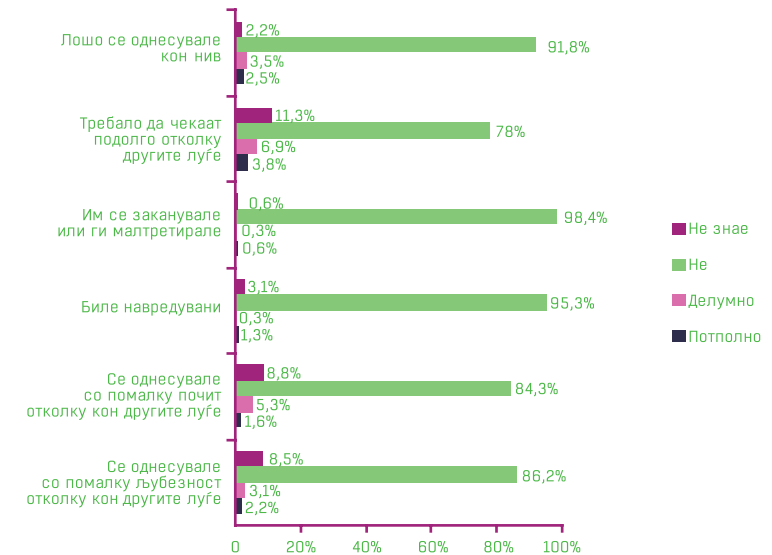
Графикон бр. 61.

Одговори на жените испитанички во однос на тоа дали и колку биле задоволни од односот и објаснувањата на патронажната сестра (изразени во проценти).



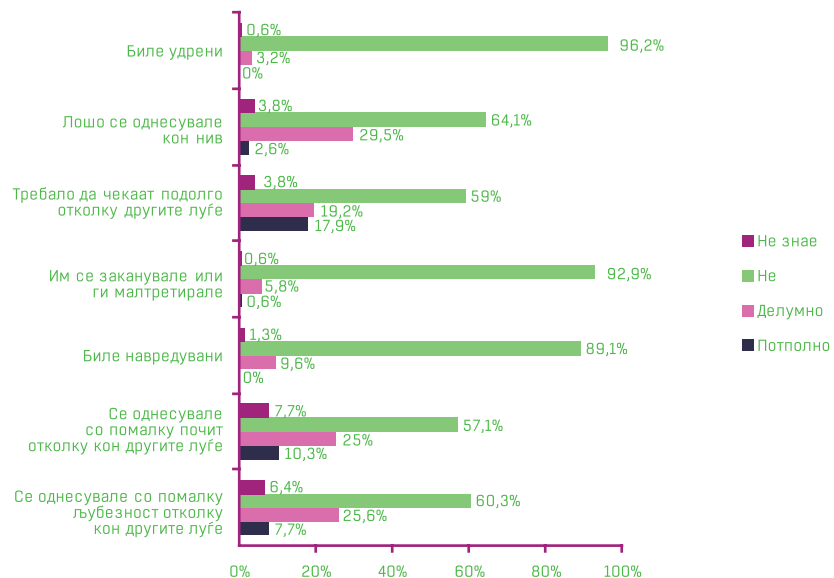
Графикон бр. 63.

Одговор на испитаниците од другите етнички заедници на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при посета на лекар специјалист во специјалистичко-консултативна здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).



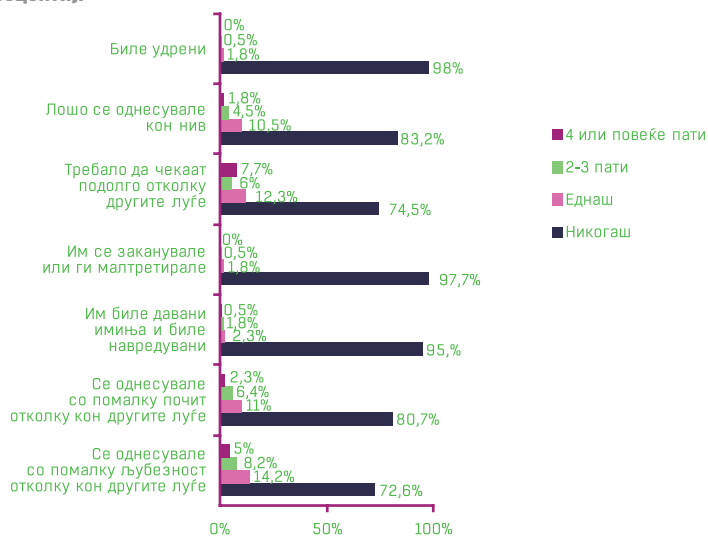
Графикон бр. 64.

Одговор на испитаниците Роми на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при престој во болница во ЈЗУ (изразени во проценти).



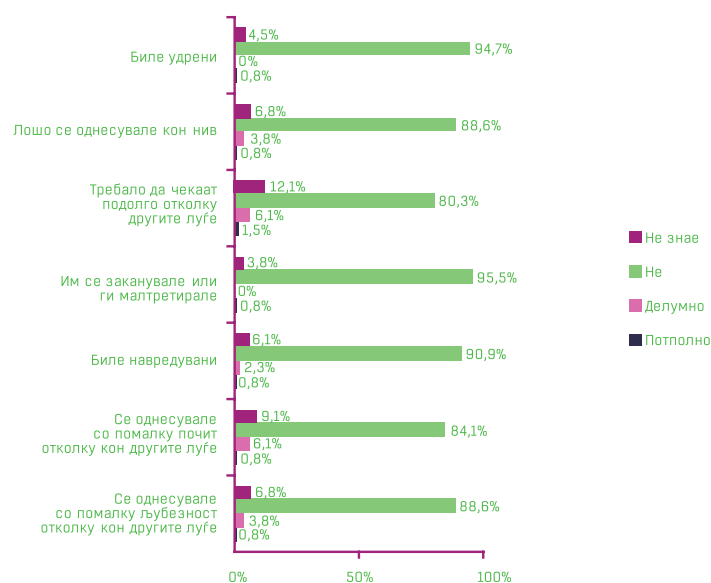
Графикон бр. 66.

Одговор на жените Роми на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при посетите кај матичен гинеколог (изразени во проценти).



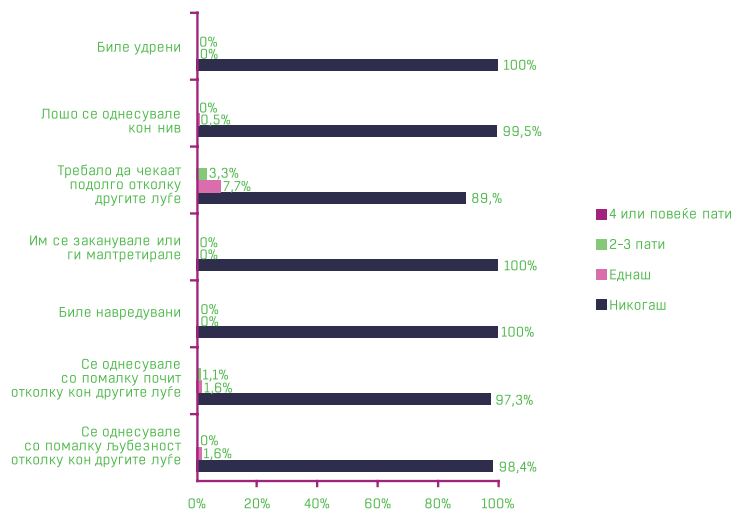
Графикон бр. 65.

Одговор на испитаниците од другите етнички групи на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при престој во болница во ЈЗУ (изразени во проценти).



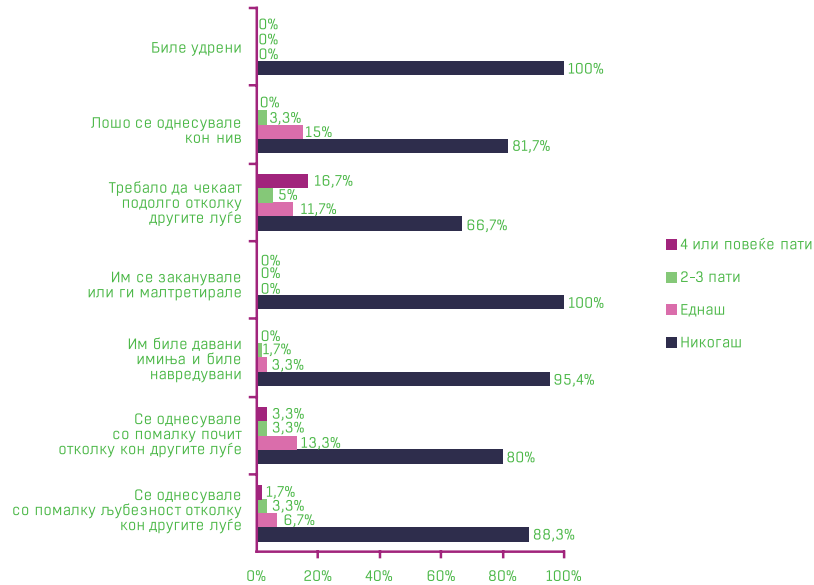
Графикон бр. 67.

Одговор на жените од другите етнички групи на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при посетите кај матичен гинеколог (изразени во проценти).



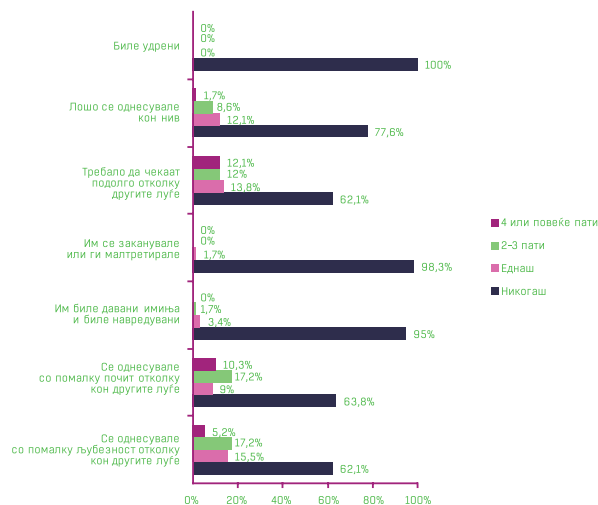
Графикон бр. 68.

Одговор на жените Ромки на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при здравствените контроли за време на последната бременост (изразени во проценти).



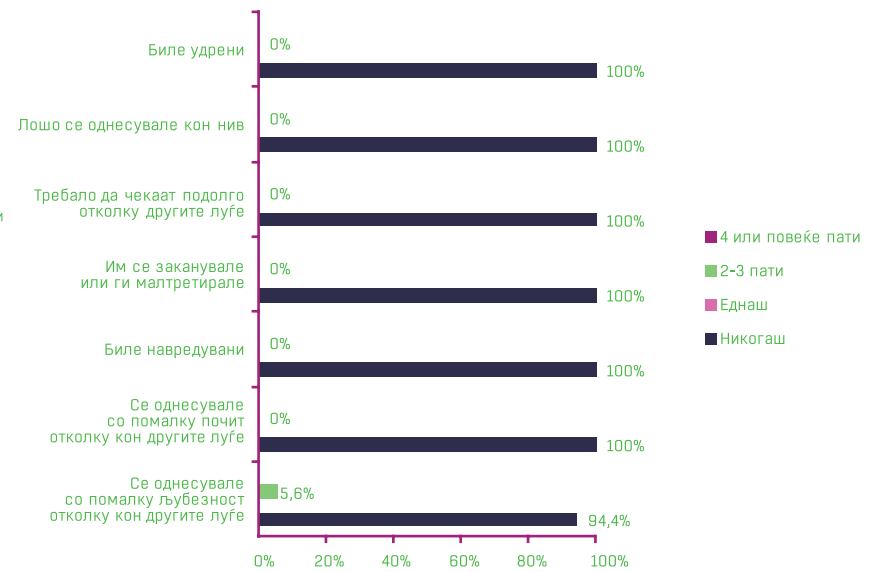
Графикон бр. 70.

Одговор на жените Ромки на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при здравствената заштита за време на породувањето (изразени во проценти).



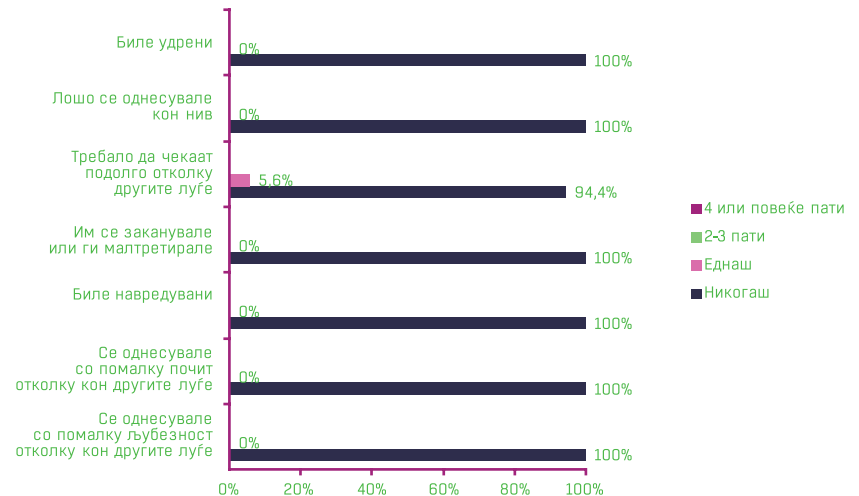
Графикон бр. 69.

Одговор на жените од другите етнички групи на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при здравствените контроли за време на последната бременост (изразени во проценти).



Графикон бр. 71.

Одговор на жените од другите етнички групи на прашањата поврзани со однесувањето на здравствените работници при здравствената заштита за време на породувањето (изразени во проценти).



АНЕКС 2 ТАБЕЛИ

Табела бр. 1.

Приказ на нивото на завршено/заокружено образование на испитаниците (изразени во проценти)

Ниво на завршено/ заокружено образование	Испитаници Роми	Други испитаници
Не знае да чита и пишува	17,4%	0,5%
Без образование (писмени)	6,4%	2,8%
Незавршено основно училиште	13,5%	3,4%
Основно образование	31,4%	16,4%
Незавршено средно училиште	1,9%	4,1%
Средно образование	26,3%	47,3%
Више образование	1,2%	7,6%
Високо образование	1,7%	16,7%
Магистратура	0%	0,8%
Друго	0%	0,2%
Одбива да одговори	0,3%	0,2%
ВКУПНО	100%	100%

Табела бр. 2.

Основи по кои испитаниците сакале да се пожалат при користење на здравствените услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).

Основ	Роми	Други
Односот на здравствените работници (доктор и медицински сестри)	5,2%	3,9%
Условите во здравствената установа	4,2%	7,2%
Здравствената услуга (нецелосно извршена услуга, испитувања, недадена терапија и несоодветен третман итн.)	3,3%	4,6%

Табела бр. 3.

Основи по кои испитаниците се пожалиле при користење на здравствените услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).

Основ	Роми	Други
Односот на здравствените работници (доктор и медицински сестри)	2,7%	2%
Условите во здравствената установа	3%	1,6%
Здравствената услуга (нецелосно извршена услуга, испитувања, недадена терапија и несоодветен третман итн.)	2,9%	2,1%

Табела бр.4.

Инстанци до кои биле упатени поплаките или приговорите при користење на здравствените услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита во ЈЗУ на испитаниците (изразени во проценти).

Инстанци	Роми	Други
Здравствени работници кои ја дале здравствената услуга	4,6%	4,6%
Директорот на здравствената установа или раководителот на одделение	2%	0,5%
Министерство за здравство	0,9%	0,2%
Комисија за заштита на правата на пациентите во општината	0,4%	/
Народен правобранител	/	/

Табела бр. 5.

Основи по кои испитаниците сакале да се пожалат при престој во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).

Оснoв	Роми	Други
Односот на здравствените работници (доктор и медицински сестри)	4,3%	1%
Условите во здравствената установа	4,6%	6,1%
Здравствената услуга (нецелосно извршена услуга, испитувања, недадена терапија и несоодветен третман итн.)	1,2%	1,6%
Не сакале да се пожалат воопшто	12,6%	12,6%

Табела бр. 6.

Основи по кои испитаниците се пожалиле при престој во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).

Основ	Роми	Други
Односот на здравствените работници (доктор и медицински сестри)	3,2%	0,8%
Условите во здравствената установа	3,6%	2,3%
Здравствената услуга (нецелосно извршена услуга, испитувања, недадена терапија и несоодветен третман итн.)	1,2%	1%
Не се пожалиле од ништо	14,3%	16,9%

Табела бр.7.

Инстанци до кои биле упатени поплаките или приговорите при престој во болничка ЈЗУ на испитаниците (изразени во проценти).

Инстанци	Роми	Други
Здравствените работници што ја дале здравствената услуга	4,6%	1,6%
Директорот на здравствената установа или раководителот на одделение	2,7%	0,7%
Советник за заштита на правата на пациентите	0,1%	0,3%
Министерство за здравство	0,6%	0,7%
Комисија за заштита на правата на пациентите во општината	0,1%	/
Народен правобранител	/	0,2%

Табела бр. 8.

Главна причина за негативното однесување на здравствените работници при посета на лекар специјалист во специјалистичко-консултативна здравствена заштита во ЈЗУ (изразени во проценти).

Други причини	Роми	Други
Етничка припадност	63,2%	18%
Пол	/	/
Возраст	2,4%	24%
Религија	8%	10%
Боја на кожа	13,6%	/
Ниво на образование	4%	8%
Приходи	7,2%	28%
Физичка онеспособеност	0,8%	2%

Табела бр. 9.

Главна причина за негативното однесување на здравствените работници при престој во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).

Главна причина	Роми	Други
Етничка припадност	54,3%	20%
Пол	/	6,7%
Возраст	1,4 %	26,7%
Религија	8,6 %	6,7%
Боја на кожа	12,9%	/
Ниво на образование	15,7%	6,7%
Приходи	5,7%	26,7%

Табела бр. 10.

Главна причина за негативното однесување на здравствените работници при посетите на матичниот гинеколог во ЈЗУ (изразени во проценти).

Главни причини	Роми	Други
Етничка припадност	87,5%	/
Пол	/	5,5%
Возраст	/	/
Религија	8,3%	/
Боја на кожа	4,2%	/
Ниво на образование	/	/
Приходи	/	/

Табела бр. 11.

Главна причина за негативното однесување на здравствените работници при здравствените контроли за време на последната бременост во ЈЗУ (изразени во проценти).

Главни причини	Роми	Други
Етничка припадност	87,5%	/
Пол	/	5,5%
Возраст	/	/
Религија	8,3%	/
Боја на кожа	4,2%	/
Ниво на образование	/	/
Приходи	/	/

Табела бр. 12.

Главна причина за негативното однесување на здравствените работници при користењето на здравствената заштита за време на породувањето во болничка ЈЗУ (изразени во проценти).

Главни причини	Роми	Други
Етничка припадност	51,7%	29,4%
Пол	/	17,6%
Возраст	3,3%	5,9%
Религија	1,7%	11,8%
Боја на кожа	25%	/
Ниво на образование	13,3%	/
Приходи	1,7%	11,8%

ДИЗАЈНИРАЊЕ НА ПРИМЕРОКОТ ЗА ТЕРЕНСКОТО ИСТРАЖУВАЊЕ

1. Избор на примерок

За потребите на истражувачкиот проект со наслов *Здравствениот статус на Ромите во Република Македонија* спроведено е анкетно истражување. Соодветно на поставените цели на проектот, анкетното истражување беше спроведено на два независни примерока. За секој примерок се дефинирани две посебни целни групи, односно две предметни популации.

Соодветно на природата на основната маса, односно на предметната популација и расположливите податоци, користен е комбиниран примерок и тоа комбинација со намерен и систематски избор. Примерокот е селектиран во три фази. Во првата фаза целно се избрани населените места. Во втората фаза се идентификувани деловите од градот и улиците во кои претежно живеат Роми²⁸. Понатаму, домаќинствата се бирани по систематски пат и во секое домаќинство е селектирано семејството од каде што ќе се избере лицето што ќе се анкетира и тоа по однапред дадени упатства на лицето што анкетира.

Населените места беа однапред одредени. Критериумот за селекција е бројноста на ромското население што живее во нив. Селектираните подрачја се населени места во кои учеството на ромското население е еднакво или поголемо од учеството на бројот на Роми што живеат на ниво на држава во Република Македонија²⁹.

Населени места што го сочинуваат примерокот се следниве:

1. скопскиот регион: **Шуто Оризари и Злокуќани,**
2. пелагониски регион: **Прилеп и Битола,**
3. источен регион: **Штип, Делчево, Винаца и с. Црник,**
4. полошки регион: **Тетово,**
5. североисточен регион: **Куманово.**

Основните параметри користени за дизајнирање на примероците се претставени подолу.

Примерок 1

Основниот збир (или предметна популација) се сите лица на возраст од 18+ години и се припадници на ромската етничка заедница.

Достапна популација се сите лица на возраст од 18 и повеќе години, а кои живеат во дадената општина и се припадници на ромската заедница.

Рамка на избор се улиците во кои претежно живеат Роми.

Единица на селекција е домаќинство.

Единица на примерокот е лице на возраст од 18 и повеќе години и е припадник на ромската заедница.

Примерок 2

Основниот збир (популација) се сите лица што живеат во дадената општина на возраст од 18+ години и не се припадници на ромската етничка заедница.

Достапна популација се сите лица на возраст од 18+ години, а кои живеат во дадената општина и не се припадници на ромската заедница.

Рамка на основниот збир се улиците што се наоѓаат во близина на деловите од населеното место во кое живеат Роми.

Единица на селекција е домаќинство.

Единица на примерок е лице на возраст од 18 и повеќе години и не е припадник на ромската заедница.

Спецификата во однос на селекцијата на улиците за првиот примерок, освен за Шуто Оризари, е во тоа што прво се одредени улиците во кои претежно живее ромското население. Шуто Оризари е општина во која мнозинство од населението се Роми, а со цел да бидат опфатени сите улици, општината беше поделена на осум реони и во рамките на секој реон бројот на испитаници беше подеднакво поделен.

Спецификата во однос на селекцијата на улиците за вториот примерок е во тоа што се селектирани улици што територијално припаѓаат на истата општина како и испитаниците Роми. Во однос на Шуто Оризари, како рамка на избор се улиците што граничат со општината Шуто Оризари и припаѓаат на општините Чаир или Бутел.

Систематичноста во изборот на домаќинствата е постигната на тој начин што однапред е одредено почетното место и секое следно домаќинство е бирано на систематски начин со точно одреден интервал на избор (K).

Изборот на испитаниците (единицата на примерокот) во населените места е направен од страна на анкетарот по однапред дадени насоки (водич).

2. Големина на примерокот

Големината на примерокот беше однапред одредена и изнесува 650 испитаници припадници на ромската заедница и 650 испитаници што не се Роми.

Во Табелата 1 е претставен планираниот број испитаници за примерокот. Бројот на испитаници во секое населено место е пропорционално распределен, соодветно на бројот на испитаници.

Табела 1.

Број и процентуална дистрибуција на примерокот според населените места

Населени места	Роми		Не се Роми	
	Број	Проценти (%)	Број	Проценти (%)
Шуто Оризари	250	38,5	205	31,5
село Злокуќани	30	4,6	35	5,4
Прилеп	80	12,3	85	13,1
Битола	40	6,2	45	6,9
Штип	40	6,2	45	6,9
Виница	30	4,6	35	5,4
Делчево	30	4,6	35	5,4
село Црник	30	4,6	35	5,4
Тетово	40	6,2	45	6,9
Куманово	80	12,3	85	13,1
Вкупно	650	100,0	650	100,0

Големината на примерокот е доволна за да може да се изведат статистички заклучоци, но и да се спроведуваат податоци за двата примерока.

3. Основни белези на реализираниот примерокот

Во Табелата 2 е претставен реализираниот примерок, како и основните белези на испитаниците во двата примерока.

Според податоците добиени од терен постојат отстапувања од планираниот број на испитаници и тоа за двете предметни популации. Од планираните 650 испитаници Роми, анкетирани се 691 испитаник, а од планираните 650 испитаници што не се Роми, анкетирани се 609 испитаници. Ваквиот сооднос не ја доведе во прашање компаративната анализа помеѓу резултатите добиени од двата примерока. Во Примерокот 1 најизразени се отстапувањата во населените места Прилеп и Куманово. Во реализираниот примерок, од предвиденото учество од 12,5 проценти на Ромите од Прилеп, анкетирани се 4,9 проценти. Додека од предвидените 12,3 проценти од Куманово, во примерокот учествуваат со 23,0 проценти. Во однос на вториот примерок, поголеми се отстапувањата во Прилеп, каде било планирано 13,1, а во анкетата учествувале 8,4 проценти од овој град.

Табела 2.

Број и процентуална дистрибуција на анектираните лица во примерокот според полот, возраста, етничката припадност и населеното место

Белези на испитаниците	ПРИМЕРОК 1		ПРИМЕРОК 2	
	Роми (број)	Проценти (%)	Не се Роми (број)	Проценти (%)
А. Вкупно	691	100,00	609	100,00
Б. Населено место				
Шуто Оризари	248	35,9	208 ³⁰	34,2
село Злокуќани	30	4,3	35 ³¹	5,7
Прилеп	34	4,9	51	8,4
Битола	50	7,2	35	5,7
Штип	40	5,8	45	7,4
Виница	30	4,3	35	5,7

³⁰ Испитаниците се жители на општините Чаир и Бутел.

³¹ Испитаниците се од општината Горче Петров.

Белези на испитаниците	ПРИМЕРОК 1		ПРИМЕРОК 2	
	Роми (број)	Проценти (%)	Не се Роми (број)	Проценти (%)
Делчево	30	4,3	35	5,7
село Црник ³²	30	4,3	35	5,7
Тетово	40	5,8	45	7,4
Куманово	159	23,0	85	14,0
В. Пол				
Машки	298	43,1	270	44,3
Женски	393	56,9	339	55,7
Г. Возраст				
18–25	139	20,10	58	9,50
26–35	203	29,40	128	30,50
36–45	144	20,80	113	18,60
46–55	114	16,50	110	18,10
56–65	74	10,70	121	19,90
66+	17	2,50	79	13,00
Д. Етничка припадност				
Македонска			371	61,02
Албанска			164	26,97
Турска			55	9,05
Српска			10	1,64
Влашка			1	0,16
Бошњачка			7	1,15

Извор: Истражување, 2013 г.

Од аспект на *полот* во двата примерока постои релативно иста пропорционална застапеност на машките и женските испитаници. Во првиот примерок во кој се анкетирани Роми 43,1 процент е машко население и 56,9 проценти се женско население. Во вториот примерок, испитаниците што припаѓаат на другите заедници што живеат во РМ 44,3 проценти се мажи и 55,7 проценти се жени.

Одредена диспропорција се забележува во однос на возраста на испитаниците. Разликите се забележани кај најмладата возрастна група (18–25 години) кај која е поголемо учеството на лицата на оваа возраст кај Ромите и тоа 20,10 проценти. Наспроти ова, категориите на највозрасните се помалку застапени кај Ромите: „56 – 65“ има 10,70 проценти и категоријата „66+“ има 2,50 проценти. Во вториот примерок, во категоријата „56–65“ учествуваат 19,90 проценти, а „66+“ има 13,00 проценти. Ваквата возрастна структура не отстапува во однос на структурата на населението по возраст и по етничка припадност на ниво на цела држава. Имено, како последица на најниското траење на очекуваниот животен век на ромското население, оваа етничка заедница во РМ е најмлада и покажува најниско учество на стари лица. Во другите возрастни групи постои релативна изедначеност.

Според етничката припадност на испитаниците од Примерокот 2, а во кој не учествуваат Ромите, 61,02 проценти се Македонци, 26,97 проценти се Албанци, а 9,05 проценти се Турци и 2,95 проценти се Срби, Власи и Бошњаци.

³² Испитаниците се од општина Пехчево.

АНЕКС 4

РАТИФИКУВАНИ МЕЃУНАРОДНИ И РЕГИОНАЛНИ ДОКУМЕНТИ ОД СТРАНА НА РМ

Меѓународни и регионални документи	Статус на ратификација/сукцесија (с)
Меѓународен пакт за граѓанските и политичките права	18.1.1994 (с)
Меѓународен пакт за економските, социјалните и културните права	18.1.1994 (с)
Конвенција за елиминирање на сите видови на расна дискриминација	18.1.1994 (с)
Конвенција против тортура и друг вид на сурово, нечовечно или понижувачко постапување или казнување	12.12.1994 (с)
Конвенција за правата на детето	2.12.2003 (с)
Факултативен протокол кон Конвенцијата против тортура и друг вид на сурово, нечовечно или понижувачко постапување или казнување	13.2.2009
Конвенција за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената	18.1.1994 (с)
Факултативен протокол кон Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жената	17.10.2013
Европска конвенција за заштита на човековите права и основни слободи	10.4.1997
Протокол бр.12 кон Европската конвенција за човекови права и основни слободи	13.7.2004
Европска социјална повелба 1961	31.3.2005
Ревидирана европска социјална повелба 1996	06.1.2012

АНЕКС 5

ЛИСТА НА АНКЕТАРИ ШТО ГО СПРОВЕДОА ТЕРЕНСКОТО ИСТРАЖУВАЊЕ

Билент Казимоски
Билјана Димитриевска
Дарко Коцевски
Елвис Ковачев
Елена Костовска
Ерол Адемов
Зоран Биковски
Зоран Живков
Ирфан Мартез
Јасмина Мемед
Марија Врчковска
Надица Тасева
Перица Лазаровски
Радмила Максимовска Симоновска
Сабина Асани
Сања Бабушковска
Соња Трипуновска
Тефик Сали

КОРИСТЕНИ ИЗВОРИ И ЛИТЕРАТУРА

- 1) Комитет за економски, социјални и културни права. Заклучни препораки за РМакедонија, 2006. Достапно на: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.MKD.CO.1.pdf>.
- 2) Комитет за заштита на правата на детето, Заклучни согледувања во однос на Иницијалниот периодичен извештај на РМ.2000. Достапен на: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/408/71/PDF/G0040871.pdf?OpenElement>
- 3) Комитет за заштита на правата на детето, Заклучни согледувања во однос на Вториот периодичен извештај на РМ.2010. Достапен на: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/431/64/PDF/G1043164.pdf?OpenElement>
- 4) Комитет за елиминирање на расната дискриминација. Заклучни согледувања на Комитетот. 2007. Достапнина: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/ceerd/docs/CERD.C.MKD.CO.7.doc>.
- 5) Препораки упатени од другите членки кон РМ при УПР. Достапни на: <http://www.upr-info.org/database/>.
- 6) Универзален периодичен преглед. Среднорочен извештај на РМ за напредокот во имплементирање на препораките. 2012. Достапен на: http://www.upr-info.org/IMG/pdf/follow_up_macedonia_mid_term_report_2012.pdf.
- 7) Совет за човекови права, Извештај на работната група за УПР. Достапен на: http://www.upr-info.org/IMG/pdf/a_hrc_wg.6_18_mkd_3_e.pdf.
- 8) Department of the European Social Charter and the European Code of Social Security Directorate General of Human rights and the Rule of Law, Factsheet - "THE FORMER YUGOSLAV REPUBLIC OF MACEDONIA, достапен на http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/CountryFactsheets/MKD_en.pdf.
- 9) Устав на Република Македонија, член 118.
- 10) Закон за здравствена заштита. Сл. весник на РМ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013.
- 11) Закон за заштита на правата на пациентите. Службен весник на РМ бр.82/2008, 12/2009 и 53/2011.
- 12) Закон за здравственото осигурување. Службен весник на РМ бр. 25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013 и 187/2013.
- 13) Закон за јавно здравје. Службен весник на РМ бр. 22/2010, 136/2011.
- 14) Закон за ментално здравје. Службен весник на РМ бр. 71/2006.
- 15) Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ бр. 43/2012, член 2.
- 16) Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, член 16.
- 17) Закон за здравствено осигурување. Службен весник на РМ бр. 25/2000; 34/2000; 96/2000; 50/2001; 11/2002; 31/2003; 84/2005; 37/2006; 18/2007; 36/2007; 82/2008; 98/2008; 6/2009; 67/2009; 50/2010; 156/2010; 53/2011; 26/2012; 16/2013; 91/2013 и 187/2013), член 5, став 15.

- 18)** Закон за здравствено осигурување. Службен весник на РМ бр. 25/2000; 34/2000; 96/2000; 50/2001; 11/2002; 31/2003; 84/2005; 37/2006; 18/2007; 36/2007; 82/2008; 98/2008; 6/2009; 67/2009; 50/2010; 156/2010; 53/2011; 26/2012; 16/2013; 91/2013 и 187/2013), член 34.
- 19)** Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување. Службен весник на РМ бр.142/2008; 64/2009; 156/2009; 166/2010; 53/2011; 185/2011; 44/2012; 15/2013; 91/2013 и 170/2013, член 10а.
- 20)** Министерство за здравство на РМ. Здравствена стратегија на Република Македонија 2020, Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем. 2007. Достапно на: http://www.moh-hsmp.gov.mk/uploads/media/Zdravstvena_strategija_na_Republika_Makedonija_2020.pdf.
- 21)** Министерство за здравство на РМ. Стратешки нацрт-план 2012 – 2014. Достапно на: http://mz.gov.mk/wp-content/uploads/2013/01/strateski_plan2012-14.pdf.
- 22)** World Health Organization, Regional office for Europe. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. 2013. Достапно на: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf.
- 23)** World Health Organization, Regional office for Europe. The evidence base of health 2020. 2012. Достапно на: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/information-documents/eurrc62inf.doc.2-the-evidence-base-of-health-2020>.
- 24)** Интернет-страница на Министерството за здравство – www.moh.gov.mk, пристапено во декември 2013 година.
- 25)** Декада на вклучување на Ромите – Република Македонија. Акциони планови. 2004. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/akcioneni_planovi.pdf.
- 26)** Оперативен план за здравство 2005 – 2008, во склоп на Декадата за вклучување на Ромите. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/Operativen_zdravstvo.xls.
- 27)** Министерство за труд и социјална политика, Лудвиг Болцман. Институт за човекови права. Ревизија на националните акциски планови од „Декадата за вклучување на Ромите 2005 – 2015“ и Стратегијата за Ромите во Република Македонија за период 2009 – 2011. 2009. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/revizija_nap_dekada.pdf.
- 28)** Џорџа Демарчи. Извештај за состојбата (во врска со)справедувањето на Акциониот план за подобрување на состојбата на Ромите и Синтите во областа на дејствување на ОБСЕ. ОБСЕ – Набљудувачката мисија во Скопје, Министерство за труд и социјална политика. 2010. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/Status%20Report-FINAL2_MK_rev.doc.
- 29)** Декадна стража, 2007; Извештај за состојбата во врска со спроведувањето на акциониот план за подобрување на состојбата на Ромите и Синтите во областа на дејствување на ОБСЕ, Џорџа Демарчи, 2010 и извештаи на меѓународните тела во однос на спроведување на правото на здравје и особено во однос на правото на здравје на Ромите (Комитет за економски, социјални и културни права на ОН, 2006; Совет за човекови права за универзалниот периодичен преглед, 2013).
- 30)** Министерство за труд и социјална политика. Национален акциски план за унапредување на општествената положба на Ромките во РМ 2011 – 2013. 2010. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/NAP_Romki.doc.
- 31)** Министерство за труд и социјална политика. Годишен извештај за имплементација на Националниот акциски план за унапредување на општествената состојба на Ромките во Република Македонија 2011–2013, за 2012 година. 2012. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/izvestaj_Romki.doc.
- 32)** Министерство за труд и социјална политика. Информација за текот на имплементацијата на Националниот акциски план за унапредување на општествената состојба на Ромките во Република Македонија 2011–2013, за периодот јануари – јуни 2013 година. 2013. Достапна на: http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/nap_romi_izvestaj_januari_juni.doc.
- 33)** Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, Службен весник на РМ бр.142/2008; 64/2009; 256/2009; 166/2010; 53/2011; 185/2011; 44/2012; 150/2012; 15/2012; 91/2013 и 170/2013. Членови 5 и 6.
- 34)** Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, Службен весник на РМ бр. 142/2008; 64/2009; 256/2009; 166/2010; 53/2011; 185/2011; 44/2012; 150/2012; 15/2012; 91/2013 и 170/2013. Член 8.
- 35)** Фонд за здравствено осигурување на Македонија. Годишни извештаи за работењето на Фондот за здравствено осигурување 2010, 2011 и 2012 година – Вкупен број на осигуреници: 1.902.945 во 2010 година; 1.835.529 во 2011 година и 1.744.237 во 2012 година. Број на вработени лица што плаќаат здравствено осигурување: 1.066.129 во 2010 година; 1.054.549 во 2011 година и 1.027.110 во 2012 година.
- 36)** Д-р Владимир Лазаревиќ. Креирање политики за подобрување на пристапот до здравствените услуги на населението: расчекор меѓу желбите и практичната примена. Ревизија за социјална политика бр. 3. стр. 423, јули 2010 година.
- 37)** Закон за буџетите. Службен весник на РМ, бр. 64/2005; 4/2008; 103/2008; 156/2009; 95/2010; 180/2011; 171/2012.
- 38)** Закон за извршување на буџетот. Службен весник на РМ, бр. 96/2004; 120/2005; 136/2006; 160/2007; 103/2008; 166/2008; 156/2009; 95/2010; 161/2010; 180/2011; 171/2012.
- 39)** Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување. Службен весник на РМ бр. 142/2008; 64/2009; 256/2009; 166/2010; 53/2011; 185/2011; 44/2012; 150/2012; 15/2012; 91/2013 и 170/2013.

- 40) Закон за јавен долг. Службен весник на РМ, бр. 62/2005; 88/2008; 35/2011.
- 41) Закон за донации и спонзорства во јавни дејности. Службен весник на РМ, бр. 47/2008; 86/2008; 51/2011.
- 42) <http://www.stat.gov.mk/IndikatorIT5.aspx?id=13>. Пристапено на 22.11.2013.
- 43) Закон за здравственото осигурување. Службен весник на РМ бр. 25/2000. член 6.
- 44) Закон за заштита на правата на пациентите, Службен весник на РМ, бр. 82/2008, 12/2009 и 53/2011, член 3.
- 45) Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ – ЕСЕ. *Извештај за спроведување на Законот за заштита на правата на пациентите со фокус на механизмите за заштита на правата на пациентите*. 2013. стр. 7 и стр. 14. Достапен на: <http://www.esem.org.mk/pdf/Publikacii/%D0%98%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D1%98%20%D0%B7%D0%B0%20%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%9A%D0%B5%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%82%20%D0%B7%D0%B0%20%D0%B7%D0%B0%D1%88%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B0%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D-1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B0%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B5%20%D1%81%D0%BE%20%D1%84%D0%BE%D0%BA%D1%83%D1%81%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BC%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BC%D0%B8%D1%82%D0%B5%20%D0%B7%D0%B0%20%D0%B7%D0%B0%D1%88%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B0%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B0%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8.pdf>.
- 46) Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ – ЕСЕ. *Заштита на правата на пациентите*. 2012 г.
- 47) Закон за лекови и медицински помагала, Службен весник на РМ, бр. 106/2007, 88/2010, 36/2011, 53/2011, 136/2011, 11/2012, 147/2013, 164/2013.
- 48) Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци за здравствени услуги и лекови, Службен весник на РМ, бр. 48/2001, 52/2001, 17/2005, 47/2005, 86/2007, 102/2007, 151/2007, 9/2009, 22/2009, 65/2010, 20/2012, 26/2012, 98/2013.
- 49) Фонд за здравствено осигурување на Македонија. Правилник за начинот и методологијата за утврдување на референтни цени на лекови (Неофицијален пречистен текст). Достапен на: <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=04DF96DE39D69143960CD4EF49390475>.
- 50) Фонд за здравствено осигурување на РМ. *Образец Б за гинекологија*. Достапен на http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Obrazec_B_Ginekologija.pdf. Пристапено на 10.12.2013г.
- 51) Програма за рана детекција на малигни заболувања во РМ за 2012 година. Службен весник на РМ, бр. 9 од 20.1.2012 година.
- 52) WHO, UNFPA, UNICEF, The World Bank Group. *Integrated management of pregnancy and childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. C17. 2006. Достапна на http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf.
- 53) Програма за активна здравствена заштита на мајките и децата во РМ за 2013 година. Сл. весник бр. 4 од 9.1.2013 година, стр. 90.
- 54) Закон за народен правобранител, Службен весник на РМ бр. 60/2003, 114/2009.

