

СПИСАНИЕ

ПРАВЕН ФОКУС

(F O C U S L U R I S)

ТРЕТО ИЗДАНИЕ

АПРИЛ 2023 Г.
© МАКЕДОНСКО ЗДРУЖЕНИЕ НА МЛАДИ ПРАВНИЦИ

**Наслов на публикацијата**

Списание „Правен фокус“
- трето издание -

ISSN 2671 3667

Издавач:

Македонско здружение на млади правници
www.myla.org.mk
Април 2023 г.

Уредувачки одбор:

Проф. д-р Јасна Бачовска-Недиќ
Проф. д-р Горан Илиќ
Проф. д-р Јелена Ристиќ

Лектор:

Весна Костовска

Ликовно и графичко обликување:

Харис Муриќ

Напомена:

Ставовите наведени во објавените стручни статии се единствена одговорност на авторите и на ниеден начин не може да се смета дека ги одразуваат официјалните ставови на Уредувачкиот одбор, Амбасадата на Кралството Холандија во Република Северна Македонија и Македонското здружение на млади правници.

Iuventus cupida legume

(млади желни за право)

Им искажуваме огромна благодарност на сите што учествуваа и беа дел од списанието „Правен фокус“, како и на Амбасадата на Кралството Холандија во Република Северна Македонија, кои дадоа огромна поддршка во процесот на изработка на списанието.

СОДРЖИНА

ВОВЕД	1
ЗА УРЕДУВАЧКИОТ ОДБОР	2
Проф. д-р Јасна Бачовска-Недик	3
Проф. д-р Горан Илиќ	4
Проф. д-р Јелена Ристиќ	5
Емануела Дереван – АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЈА: ПРЕДНОСТИ И НЕДОСТАТОЦИ НА МАКЕДОНСКОТО ЗАКОНОДАВСТВО	6
Аљоша Кацаров – ПРАВОТО НА НАДОМЕСТОК НА ШТЕТА КАКО ПРАВО НА ПАЦИЕНТИТЕ	16
Ангела Ристевска – СВЕСНОСТ И ИНФОРМИРАНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА НИВНИТЕ ПРАВА ВО ПЕЛАГОНИСКИОТ РЕГИОН	29
Лазар Тасев – ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ПРИ ВРШЕЊЕ МЕДИЦИНСКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ	39
Ана Гацева – ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА ВО БИОМЕДИЦИНАТА – ЕТИЧКИТЕ И ПРАВНИТЕ АСПЕКТИ ПРИ ДОНИРАЊЕТО ОРГАНИ, ТКИВА ИЛИ КЛЕТКИ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЈА	50
Моника Здравкова – НЕСОВЕСНО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ КАКО ПОВРЕДА НА ПРАВОТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА	63
Маја Савеска – ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА – АДМИНИСТРАТИВНИ БАРИЕРИ И КОРУПЦИЈА	73
Андријана Димова – УЛОГАТА НА ОМБУДСМАНОТ НА ПАЦИЕНТИ ВО РЕПУБЛИКА ФИНСКА И КРАЛСТВОТО НОРВЕШКА ВО ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	84
Христина Балканов – МОРТИФИКАЦИЈАТА НА ДОСТОИНСТВОТО И СОЛИДАРНОСТА ВО ПЕРИОД НА ЗДРАВСТВЕНА КРИЗА – ПРАВНО-ФИЛОЗОФСКИ ПРИСТАП	96
Едина Зекировиќ Фазлагич – СИСТЕМ И ОРГАНИЗАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА КОРИСНИЦИТЕ НА ДРОГА КАКО ПАЦИЕНТИ	113

Вовед

Списанието „Правен фокус“ е публикација чие издавање започна во 2020 година. Целта на списанието е создавање професионален форум за објавување стручни статии што ќе послужат како медиум, каде што правничкото мислење и визијата на младите правници се презентирани на кохерентен начин, а истовремено поттикнуваат идеи за понатамошно подобрување на правниот систем. Во таа насока, Македонското здружение на млади правници посветено работи на промовирање и поттикнување критичко размислување од страна на млади правници за клучните прашања што влијаат врз заштитата на човековите права и врз принципот на владеењето на правото.

Во третото издание од списанието се застапени 10 стручни статии од млади правници, кои пишуваат на теми поврзани со права на пациенти и/или пристап до здравствена заштита. Стручните статии во списанието „Правен фокус“ претставуваат самостојна работа на авторите, а целта е придонес за темите што се обработуваат.

Списанието е продукт на заедничката соработка помеѓу авторите, Уредувачкиот одбор и МЗМП, а во него се истакнуваат капацитетите на младите правници, нивната креативност и можноста позитивно да влијаат врз промените во општеството.

Публикацијата е изготвена во рамките на проектот „Студентите по право и младите правници – клучни агенти на промени за унапредување на човековите права и владеењето на правото“, имплементиран од страна на МЗМП, а финансиски поддржан од Амбасадата на Кралството Холандија во Република Северна Македонија.

За уредувачкиот одбор

Стручните статии се уредени и рецензирани од страна на Уредувачки одбор составен од тројца професионалци, кои имаат богато искуство во областа и во работата со млади правници. За потребите на списанието, од страна на Уредувачкиот одбор беше подготвено упатство за изработка на стручни статии за списанието „Правен фокус“. Целта на упатството е воспоставување единствени стандарди за трудовите што ќе се објавуваат во списанието „Правен фокус“ од аспект на нивна методолошка усогласеност и единствен академски стил во претставувањето на проблематиката со која се занимаваат авторите во трудовите. Одборот ги разгледува статиите од аспект на методолошка конзистентност, академска прецизност и форматирање на текстот.

Членови на Уредувачкиот одбор на списанието се: проф. д-р Јасна Бачовска-Недиќ, проф. д-р Горан Илиќ и проф. д-р Јелена Ристиќ.

Во продолжение следуваат изјави од страна на Уредувачкиот одбор и нивни кратки биографии.

Проф. д-р Јасна Бачовска-Недиќ

„Списанието ‘Правен фокус’ веќе е видливо помеѓу младите правници во Република Северна Македонија. Како професор на Правниот факултет ‘Јустинијан Први’ при УКИМ и член на Уредувачкиот одбор, се соочив со прашања и интерес во врска со списанието. Овој факт е особено битен, бидејќи ги мотивира студентите и постдипломците по право на истражувања и поширок пристап уште во текот на студиите.

Тематската ориентираност на овој број на списанието ја подигнува општествената одговорност на правниците со цел да се истражуваат правните аспекти на актуелните општествени збиднувања и проблеми, но и ја подигнува свесноста за потребата од прагматичност на правната наука во услови кога недостасува доволна финансиска поддршка за проекти од областа на правните истражувања на јавните универзитети и истражувачките центри во Република Северна Македонија.“

Кратка биографија:

Проф. д-р Јасна Бачовска-Недиќ е редовна професорка на Правниот факултет „Јустинијан Први“ при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје во научната област Воведни и теоретски правни науки. Од 2009 до 2018 година била раководителка на Институтот за новинарство, медиуми и комуникации при Правниот факултет. Од 2000 до 2005 година била асистент истражувач во Центарот за стратески истражувања при МАНУ.

Фокусот на нејзиниот интерес е социологијата на правото, социологијата на комуникации, методологијата на правните и политичките истражувања. Поспецифично се занимава со политичката пропаганда, прецизното новинарство, односи со јавност, медиумско право и медиумска писменост. На Правниот факултет предава повеќе предмети на трите циклуси студии, меѓу кои: социологија на право, социологија на комуникации, методологија на правни и политички истражувања, социо-психолошки аспекти на односи со јавност, техники на односи со јавност, истражувачко новинарство, агенциско новинарство и др.

Авторка е на научни трудови, стручни статии и учебници од областа на правото. Преку учество во разни проекти во невладиниот сектор во Република Северна Македонија, проф. д-р Јасна Бачовска-Недиќ е активна во јавните дискусии важни за демократизацијата на македонското општество и имплементацијата на европските вредности.

Проф. д-р Горан Илиќ

Во денешниот свет на брзи промени, од клучно значење е младите правници да поседуваат солидно познавање на правото и правниот систем. Без разлика дали тие се занимаваат со правото како професија или студираат на правни студии, спознавањето на правото ќе им обезбеди знаења и вештини што им се потребни за да се справат со сложените правни прашања и да донесуваат информирани одлуки. Покрај тоа, со проникнувањето во правото и правниот систем, младите луѓе ќе станат свесни за своите права и одговорности и ќе стекнат компетенции да се вклучат во правни дебати, анализи и дискусии. Според тоа, ова списание нуди одлична можност за организирана артикулација на различните мислења, ставови и анализи на младите правници за актуелните теми на денешницата и нивно дисеменирање со пошироката и стручна читателска публика.“

Кратка биографија:

Д-р Горан Илиќ е редовен професор на Правниот факултет – Кичево и проректор за наука на Универзитетот „Св. Климент Охридски“ – Битола. Научниот интерес на проф. д-р Горан Илиќ опфаќа: уставно право и политички систем на ЕУ, заедничка надворешна и безбедносна политика на ЕУ, политички идеологии и меѓународни односи. Тој е автор на книгите: „Европа на крстопат: Лисабонскиот договор како темел на надворешно-политичката моќ на ЕУ“, „ЕУтопија: надворешно-политичката моќ на ЕУ во идеологизацијата на постамериканскиот свет“ и „ЕУ во меѓународните односи: вредностите пред моќта“. Во своето досегашно научно работење, проф. д-р Горан Илиќ објавил голем број научни трудови, кои се објавени во референтни меѓународни научни публикации, но учествувал и на голем број научни конференции и симпозиуми во земјата и во странство. Меѓу другото, проф. д-р Горан Илиќ е акредитиран ментор на трет циклус студии на студиските програми по „Меѓународно право и меѓународна политика“ и „Казнено право и кривична правда“ на Правниот факултет при Универзитетот „Св. Климент Охридски“ – Битола.

Проф. д-р Горан Илиќ е предавач на Академијата за судии и јавни обвинители „Павел Шатев“ – Скопје. Тој е основач на Институтот за истражување и европски студии – Битола и главен и одговорен уредник на меѓународното научно списание „Journal of Liberty and International Affairs“ (www.e-jlia.com).

Од октомври 2019 година, проф. д-р Горан Илиќ е вклучен како експерт во проектот ANETREC, кој е фокусиран на развојот на академската соработка и постконфликтното помирување во регионот на Западен Балкан. Од септември 2020 година, проф. д-р Горан Илиќ започнува со постдокторски студии по „Нови технологии и право“ во организација на „Медитеранеа“ – Меѓународниот центар за истражување на човековите права при Универзитетот „Реџо Калабрија“ во Италија, кои со успех ги завршил во 2021 година. Од август 2021 година, проф. д-р Горан Илиќ е избран за координатор за областа „Меѓународно јавно право“ на споменатите постдокторски студии. Исто така, во 2021 година, проф. д-р Горан Илиќ е избран за заменик-директор на меѓународниот уредувачки одбор на меѓународната едиција за право: „The New Challenges of Law in the XXI Century“ како издание на повеќе високообразовни установи од Европа и од Латинска Америка. Меѓу другото, проф. д-р Горан Илиќ е ангажиран како експерт на Институтот за глобална аналитика во Софија (Р. Бугарија), а истовремено членува и во повеќе национални и меѓународни научни организации, учествува во работата на повеќе меѓународни научни списанија и научни конференции, а поседува и богато искуство со работа на повеќе меѓународни проекти и проекти поддржани од страна на Европската Унија.

Проф. д-р Јелена Ристик

„Околностите за соработка со млади колеги правници се секогаш извор на позитивна енергија и креативна инспирација, но истовремено претставуваат и голем предизвик и сериозна одговорност. Имено, тие околности претставуваат и уникатна можност да се придонесе за продлабочување на нивното знаење, вештини и интегритет, со цврста верба дека идните генерации судии, адвокати, обвинители и останати заштитници на слободите и правата на граѓаните ќе постапуваат според морални начела и принципиелни правни стојалишта.“

Кратка биографија:

Проф. д-р Јелена Ристик е адвокат од Скопје, заменик-претседател на Адвокатската комора на Република Северна Македонија и вонреден професор на Институтот за социолошки и политичко-правни истражувања при Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје во наставно-научната област човекови права и слободи. Експерт е во Советот на Европа за повеќе области во врска со човековите права и сертифициран обучувач во Советот на Европа во рамките на Европската програма за образование за човекови права за правни професионалци (HELP).

Нејзиното професионално искуство вклучува осумнаесетгодишно работно искуство во правната област, вклучително и во рамките на повеќе меѓународни организации и институции, меѓу кои се: Европскиот суд за човекови права, Американската адвокатска комора – иницијатива за владеење на правото (ABA ROLI), Американската адвокатска комора – Централноевропска и евроазиска правна иницијатива (ABA CEELI) и Агенцијата на САД за меѓународен развој (USAID). Определен период работи и како извршен директор на Адвокатската комора на Република Северна Македонија.

Авторка е на повеќе научни и стручни трудови претежно од областа на меѓународното и европското право за човекови права, меѓу кои и неколку книги. Вклучена е како експерт во разни меѓународни и национални проекти во врска со реформите во правосудниот сектор и владеењето на правото.

АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЈА: ПРЕДНОСТИ И НЕДОСТАТОЦИ НА МАКЕДОНСКОТО ЗАКОНОДАВСТВО

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Емануела Дереван



РЕЗИМЕ

Во март 2008 година, во Република Македонија беше донесен Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, кој се обиде да понуди решенија за најактуелните правни и етички прашања поврзани со примената на новите репродуктивни технологии. Законот претрпе неколку измени, од кои најзначајно беше воведувањето на правото на биомедицинско потпомогнато оплодување со гестациски носител, односно сурогат-мајчинство како достапен метод на биомедицинско потпомогнато оплодување, поради што македонскиот закон се смета за еден од најлибералните во Европа.

Конституирањето правна рамка што ќе опфати правични решенија за прашања од деликатна природа поврзани со асистираната репродукција е комплексен нормативен, етички и социјален потфат. Предмет на анализа на овој труд се правата и обврските на корисниците на правото на биомедицинско потпомогнато оплодување во Република Северна Македонија, но и законските пропусти на нивна штета. Оттука се надоврзуваат идеите и предлозите за идни законски измени во насока на подобрување на нивната положба, а консеквентно и на целокупната општествена, етичка и морална благосостојба.

Истовремено, нема да се превидат реперкусиите од санирањето на законските недостатоци што одредени корисници ги доведуваат во значително понеповолна положба во однос на други, со цел подигнување на степенот на моралност и етичност на Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, кој, како таков, се рефлектира на целокупното општество.

Клучни зборови: асистирана репродукција, биомедицински потпомогнато оплодување, корисници, гестациски носител, сурогат-мајчинство.

ВОВЕД

Од почетокот на светот до денес, постоењето и одржувањето на човечкиот род извира од репродуктивната способност како еден од основните човечки инстинкти. Со еволутивниот тек и развојот на самосвеста, во современото општество репродукцијата е широко прифатена како највисок идеал и конечен животен дострел. За многумина, создавањето потомство претставува нераскинлив дел од амалгот на комплетна себerealизација.

Без понатамошна потреба од елаборација на есенцијалноста на прокреацијата, ќе се осврнеме на мрачниот факт дека сè поголем број лица се соочени со стерилитет. Според податоците од Светската здравствена организација, неплодноста е здравствен проблем што опфаќа 48 милиони парови, односно 168 милиони поединци или, процентуално изразено, околу 15 % од популацијата во репродуктивна доба (World Health Organisation, 2022). Оттука произлегува основата за појава, изучување и развој на техниките на биомедицинско потпомогнатото оплодување и потребата од критичка опсервација на правната регулатива, која определува кои лица може да се јават како корисници на правото на биомедицински потпомогнатото оплодување.

Македонскиот Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување (во натамошниот текст: ЗБПО), како корисници на правото на биомедицинско потпомогнато оплодување (во натамошниот текст: БПО) ги определува полнолетните и деловно способни мажи и жени што се во брак или во вонбрачна заедница. Право на користење постапка на БПО имаат и полнолетни, деловно способни жени што не се во брак или не живеат во вонбрачна заедница (Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување „Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/08, 164/13, 149/14, 192/15 и 37/16). Со измените и дополнувањата на ЗБПО во 2014 година, во македонското законодавство се вовеле и сурогат-мајчинството како начин на БПО, чии корисници се брачните парови (Закон за изменување и дополнување на Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“, број 149/14).

Иако ЗБПО е пионерски потфат за поздравување, се чини дека тој содржи дискриминаторски одредби во однос на лицата што може да се јават како корисници на правото на БПО и недостатоци во поглед на условите под кои може да се реализира тоа, поради што се наметнува потребата од интервенција во насока на изнаоѓање правични и целисходни решенија при нормирањето на пристапот до БПО.

Во рамките на овој труд, истражувањето ќе се спроведе преку метод на анализа на правната регулатива, која определува кои лица и под кои услови може да се јават како корисници на правото на БПО, со осврт на опасностите што демнат дури и доколку се санираат одредени недостатоци.

Во содржината што следува ќе биде дефиниран поимот на биомедицинско потпомогнато оплодување, како и методите преку кои може да се спроведе во Република Северна Македонија. Натамошниот текст содржи поглавја за секој од корисниците на биомедицинско потпомогнато оплодување и ефектите врз децата родени преку примена на новите репродуктивни технологии, со цел на крајот да се извлече конечен заклучок со препораки за подобрување на правната рамка.

ПОИМ И МЕТОДИ НА БИОМЕДИЦИНСКО ПОТПОМОГНАТО ОПЛОДУВАЊЕ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Почетокот на контролата врз репродукцијата се јавува во 1960 година со појавата на контрацептивните средства за контрола на бременоста и огромниот интерес за нивна употреба во екот на сексуалната револуција (Robertson, 1994). Во оваа смисла, се констатира дека:

„Контрацептивните средства се јавуваат како еден од начините за остварување на негативното репродуктивно право на жената – да не се оплоди. На другата страна од спектрумот се новите репродуктивни технологии што го промовираат позитивното репродуктивно право на обата пола, маж и жена, во нивниот стремеж да создадат потомство.“ (Мицковиќ et al., 2016).

Македонскиот закон за биомедицинско потпомогнато оплодување (ЗБПО), поимот на биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО) го дефинира како: „Медицинска постапка со која се овозможува спојување на женски и машки полови клетки со цел постигнување бременост на начин поинаков од половиот однос“ (член 5 од Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/08, 164/13, 149/14, 192/15 и 37/16).

Постапката за БПО се спроведува ако претходното лекување е неуспешно или лекувањето со други методи е безнадежно и во случај кога тешка наследна болест може да се пренесе на породот (член 3 од Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/08, 164/13, 149/14, 192/15 и 37/16).

ЗБПО, како корисници на правото на БПО, ги определува полнолетните и деловно способни мажи и жени што се во брак или во вонбрачна заедница и кои според возраста и општата здравствена состојба се способни за родителска грижа. Според законот, бракот или вонбрачната заедница мора да постојат во моментот на спроведување на постапката за БПО.

Право на користење постапка на БПО имаат и полнолетни, деловно способни жени што не се во брак или не живеат во вонбрачна заедница (сами жени), доколку претходното лекување е неуспешно или лекувањето со други методи е безнадежно и кои според возраста и општата здравствена состојба се способни за родителска грижа (член 9 од Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/08, 164/13, 149/14, 192/15 и 37/16).

ЛИЦА ШТО ИМААТ ПРАВО НА СУРОГАТ-МАЈЧИНСТВО КАКО МЕТОД НА БПО

Сурогатството или сурогат-мајчинството, најопшто кажано, претставува раѓање дете за друг. Сурогат-мајката е жена што по пат на договор, оплодена преку вештачка инсеминација, го носи и го раѓа детето, а потоа го предава на други лица да го одгледуваат и да бидат негови родители (наменети родители – intended parents) (American Law Reports, 1989). Всушност, сурогат-мајчинството им овозможува на брачните двојки, кои немаат деца, а кои поради медицински причини не може да користат вештачко оплодување или ин витро оплодување, да добијат дете што е генетски поврзано со еден или со двајцата родители.

Со измените на ЗБПО во 2014 година беше уредено оплодувањето со сопствени или донирани полови клетки на брачна двојка во матка на жена – гестациски носител, односно сурогат-мајчинство. За разлика од општоприфатениот термин во теоријата и во споредбеното право – сурогат-мајчинство и сурогат-мајка, македонскиот законодавец го прифати терминот оплодување со внесување ембрион добиен со сопствени или донирани полови клетки на брачна двојка во матка на жена – гестациски носител.¹ Овој вид биомедицински потпомогнато оплодување се спроведува најпрвин автологно, а доколку тоа не е можно, тогаш се спроведува алогенеичко оплодување,² што значи дека во македонското законодавство е дозволено преку сурогат-мајка да се зачне ембрион од донирани машки и женски полови клетки, а како резултат да се добие дете што нема генетска врска со ниту еден родител.

Со ЗБПО е уредено дека правода поведе постапка на БПО со гестациски носител имаат маж и жена што се во браки се државјани на Република Македонија. Лица во вонбрачна заедница или во која било друга форма на партнерство не може да поведат постапка на БПО со гестациски носител (член 12-а, став 4 од Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/08, 164/13, 149/14, 192/15 и 37/16).

Од ова произлегува дека лица во вонбрачна заедница или во која била друга форма на партнерство не може да се јават во улога на баратели на ваква постапка. Ваквиот став на законодавецот јасно ја прикажува неговата фаворизација на бракот и брачната заедница како основа за покренување семејство наспроти сите познати современи форми на соживот.

Според Законот за семејство на Република Северна Македонија, за вонбрачна заедница се смета заедницата на маж и жена што траела подолго од една година, поради што се изедначува со брачната заедница во однос на меѓусебната издршка и имотот што е стекнат во таа заедница (член 13 од Законот за семејството, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 80/92, 9/26, 38/04, 33/06, 84/08, 67/10, 156/10, 39/12, 44/12, 38/14, 115/14, 104/15 и „Службен весник на Република Северна Македонија бр. 53/219). Со оглед на тоа што во македонското законодавство е прифатен концептот на „нерегистрирана“ вонбрачна заедница, во судската практика се јавува проблемот на докажување на постоењето и времетраењето на вонбрачната заедница. Во повеќето европски држави, постоењето на вонбрачната заедница се докажува со изјава на двајцата партнери, која најчесто се дава на нотар. Ова не е случај во Република Северна Македонија, така што медицинските установи што спроведуваат биомедицинско потпомогнато оплодување немаат начин да проверат дали навистина постои вонбрачната заедница помеѓу мажот и жената.

¹ Кога не е можно користење сопствени полови клетки на жената и/или сопствени полови клетки на мажот од брачната двојка, може да се спроведе постапка на БПО со гестациски носител: 1) со користење донирана јајце-клетка преку внесување ембрион добиен со спојување сперматозоид на мажот од брачната двојка, која бара поведување постапка на БПО со гестациски носител, и донирана јајце-клетка, 2) со користење дониран сперматозоид преку внесување ембрион добиен со спојување јајце-клетка на жената од брачната двојка, која бара поведување постапка на БПО со гестациски носител, и дониран сперматозоид и 3) со користење донирана јајце-клетка и дониран сперматозоид преку внесување ембрион добиен со спојување донирана јајце-клетка и дониран сперматозоид. Во овој вид биомедицински потпомогнато оплодување – со гестациски носител, законодавецот изречно предвидува дека е забрането користење јајце-клетка од жената – гестациски носител (чл. 6а ст. 4 од ЗБПО).

² Автологно оплодување се врши со користење сопствени полови клетки, односно ембриони на брачните и вонбрачните двојки врз кои се спроведува постапката, додека, пак, алогенеичко оплодување се врши со донирани сперматозоиди, јајце-клетки или ембриони од други лица.

Ова законско решение е катализатор на една конфузна правна последица на начин што, од една страна, на брачните парови им дозволува преку сурогат-мајчинство да добијат дете што нема генетска врска со ниту еден родител, меѓутоа целосно им забранува на вонбрачните парови да добијат генетски поврзано дете преку истиот метод. Одредбата што го ограничува правото на БПО на вонбрачните парови како категорија лица го кристализира фактот дека ЗБПО содржи решенија што се дискриминаторски и спротивни на неговата крајна цел, која е помагање на репродуктивно компромитираните парови да успеат да добијат дете и зголемување на natalitetот во државата.

САМА ЖЕНА БЕЗ ПАРТНЕР КАКО КОРИСНИК НА БИОМЕДИЦИНСКО ПОТПОМОГНАТО ОПЛОДУВАЊЕ

Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација на жените ги гарантира репродуктивните права на жените како дел од основните човекови права и слободи и го обезбедува правото на секоја жена слободно да одлучува за раѓањето и бројот на децата што ќе ги одгледа (UN, 1979). Во категоријата „сами жени по избор“ припаѓаат доминантно финансиски независни жени во нивните 30-ти и 40-ти години (Murray, et al. 2005). И покрај ваквата категоризација, голем број студии (Mannis, 1999, стр. 121-128; Bock, 2000, стр. 62-86; Jadva et al. 2009, стр. 174-84.) покажаа дека да се биде самохран родител не е прашање на избор, туку е ограничувачка одлука да се заснова семејство во отсуство на изгледи за тоа (намалување на плодноста во услови на непостоење посакуван партнер).

Македонскиот ЗБПО дозволува сама жена да се оплоди од анонимен донатор, предвидувајќи услов претходното лекување или лекувањето со други методи да било неуспешно. Ваквото условување е несоодветно со оглед на тоа што самите жени што се одлучуваат да зачат од анонимен донатор најчесто не се неплодни, туку причините поради кои прибегнуваат кон ова решение се немање партнер, истополова сексуална ориентација и сл.

Елаборирајќи ја издржаноста на постоењето на ова женско право, неминовно се наметнува заклучокот дека идејата за неприкосновеноста на репродуктивното право и слободата на избор не го инкорпорира машкиот пол. Имено, мажите немаат право да станат родители по сопствен избор склучувајќи договор со сурогат-мајка, која ќе носи дете зачатото од неговиот семен материјал и донирана јајце-клетка. Оттука, се поставува прашањето: Дали фактот дека самата жена може да се јави како корисник на правото на БПО, а самиот маж не може значи дека репродуктивното право на жената е појакано од репродуктивното право на мажот? Споредбено гледано, во многу држави не е куриозитет мажда оформи двочлено семејство преку сурогат-мајка што носи дете зачатото со донирана јајце-клетка. На пример, сурогат-мајчинство за сами мажи е дозволено во САД, Велика Британија, Канада, Русија, Бразил, Ирска и други.³

Најраспространет аргумент во одбрана на ваквата полова дискриминација во однос на пристапот на БПО се различните биолошки предиспозиции на мажот и жената и вековната поврзаност на мајката со детето, поради што жената што го носи детето во својата утроба има право слободно да одлучи дали да го зачне и да го одгледува сама. Во последната деценија се промовираат „прогресивни“ гледишта на репродуктивното право како индивидуално право што се стекнува со раѓање. Меѓутоа, репродуктивното право по својата природа битно се разликува од индивидуалните права, како што се правото на живот или правото на слобода со кои се поистоветува, затоа што реализацијата на репродуктивното право е суштествено врзана за уште едно лице и не може да биде извршена самостојно. Дури и во случаите кога определен метод на БПО се користи за самци, за да се случи бременост (било да е тоа во матката на самата жена или најмената матка на сурогат-мајка од страна на сам маж), неопходни ќе бидат како женски, така и машки полови клетки (сопствени или донирани), односно полови клетки на уште едно лице покрај она што ја иницирало постапката.

Во Република Северна Македонија, правото на полова еднаквост и забраната за дискриминација по овој основ се едни од темелните начела на Уставот, што значи дека ваквата состојба на целосна дискриминација на самиот маж во однос на пристапот до БПО бара интервенција и воспоставување еднакви права на родителство и репродукција на двата пола. Со измената на Законот за БПО во насока на воспоставувањето право на маж да склучи договор со сурогат-мајка, која ќе го носи ембрионот креиран со негова сперма и донирана јајце-клетка на анонимна донаторка, ваквата повреда би се санирала и принципот на еднаквост би бил задоволен.

ПРАВОТО НА РЕПРОДУКЦИЈА ЗА САМЦИ И ЕФЕКТИТЕ ВРЗ ДЕТЕТО

Со оглед на деликатната природа на правото на самци што не се во брак или во вонбрачна заедница да се репродуцираат со полови клетки од анонимен донатор и дискутабилните општествено-морални импликации на ова право, авторот на овој труд е на стојалиште дека мерило за оправданоста од користењето на овој метод на БПО за самци треба да биде одговорот на прашањето: Дали е испочитуван принципот на најдобар интерес на детето? Бидејќи за ова прашање не постои едноставен одговор, нужно е со особено внимание да се разгледаат психосоцијалните ефекти врз вака родените деца.

Еден од најпознатите и најдоминантните аргументи против правото на БПО за самци или, конкретно, во Република Северна Македонија – правото на сама жена да зачне од анонимен донатор, е фактот што вака зачатото дете нема да има познат татко, поради тоа што одредбите од Законот за семејство на Република Северна Македонија за утврдување на татковство не се однесуваат на биомедицинско потпомогнатото оплодување каде што таткото на детето е анонимен (член 71 од Законот за семејството, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 80/92, 9/26, 38/04, 33/06, 84/08, 67/10, 156/10, 39/12, 44/12, 38/14, 115/14, 104/15 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 53/219). Ваквото решение е во спротивност со најзначајниот меѓународен документ со кој се регулираат и се заштитуваат правата на децата, а тоа е Конвенцијата на ОН за заштита на правата на детето, која е ратификувана и од Република Македонија. Според Јозеф Г. Шенер, ставот според кој треба да им се дозволи само на паровите што не може да имаат деца да бидат корисници на БПО тргнува од фактот дека децата што живеат со двајца родители имаат значително подобри услови за развој од децата што живеат само со еден родител (Schenner J.G., *op. cit.*, стр. 176, преземено од Дејан Донов et al. 2013).

Една скорашна студија во врска со задоволствата, грижите, проблемите и начините за справување со нив во семејствата на сама жена, која зачнала со донација на сперма, наиде на разновидни реакции. Иако мајките најчесто покажаа големо задоволство од зачнувањето дете, тие беа најмногу загрижени дека во случај на нивна болест, нема да има кој да се грижи за детето. Тие, исто така, беа загрижени и за нивната постара возраст, која е очигледна во споредба со мајките на врсниците на нивните деца. Сите деца во испитуваниот примерок посакувале татко. Дадените информации за таткото, без оглед на неговата лична идентификација, биле од големо значење за децата. Во отсуство на реална татковска фигура, децата биле во потрага по идентификација на татковската фигура во она машко лице што било најприсутно во нивниот живот и често ги обвинувале своите мајки за недостигот на татко. Во заклучокот на истата студија, на сите семејства од сама мајка им била потребна проширена семејна заедница. На мајките им била потребна помош од нивните постари мајки, пријатели или роднини. На децата им било потребно друштво од машката фигура и од друг роднина/брат за да ја надминат осаменоста (Weissenberg, R., & Landau, R. 2012). Постојат голем број студии што се фокусираат на ефектите од недостигот на татковска фигура во когнитивниот, социјалниот и емотивниот развој на детето, кои покажале негативни резултати (Sund et al. 2004; Weitof et al., 2003, стр. 289-295).

³ Така, четириесет и едногодишниот физичар од Тексас, Мат Морган, стана татко на две деца со помош на две сурогат-мајки. Едната од нив на свет ја донесе неговата ќерка, а другата синот, кои се разлика 14 месеци. Повеќе за ова, достапно на: https://www.extraconceptions.com/single-men-thinking-surrogacy/?fbclid=IwAR0iZH_9MySPFZGs5Jd8HLZm07FPgSirBtrbDIAHszf3keR8AuHiBe1pc

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Од анализата на Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување произлезе дека тој содржи дискриминаторски одредби во однос на вонбрачните парови и нееднаков третман на двата пола при пристапот до асистирани репродукција, детерминиран од биолошките predisпозиции. Сумирано, текстот погоре се сведува на изнаоѓање решенија за следниве два проблема:

- Вонбрачните парови немаат право на БПО со гестациски носител;
- Маж што не е во брак или во вонбрачна заедница нема право да стан родител по пат на договор со сурогат-мајка и донирана јајце-клетка, како што тоа право го има жената.

Првиот проблем би можел да добие прагматично решение доколку законодавецот овозможи вонбрачните партнери, кои сакаат да избегнат евентуални тешкотии при остварувањето на своите права, да ја официјализираат својата врска со двострана изјава што ќе биде заверена и депонирана кај нотар. Времето што треба да измине за да се остварат правата од вонбрачната заедница би се сметало од денот на заверувањето на изјавата кај нотар. Уште еден начин да се отстрани дискриминаторската законска одредба, која како корисници на правото на БПО со гестациски носител ги предвидува само брачните партнери, би бил да се воведат регистрирана вонбрачна заедница.

Вториот проблем е далеку покомплексен бидејќи не е само дискриминаторски кон мажите, туку и претставува судир помеѓу правото на репродукција и правото на детето да биде чувано и одгледувано од двајца родители.⁴

Од ова очигледно произлегува дека со примената на овие репродуктивни технологии за самци се занемарува принципот на најдобар интерес на детето за сметка на реализација на репродуктивното право. Иако не може со сигурност да се заклучи дека секое вака родено дете е осудено на страдање поради недостигот на еден родител или дека не постојат здрави и хармонични еднородителски семејства, сепак не смееме да ги затвориме очите пред фактот дека децата што живеат со двајца родители имаат значително подобри услови за развој од децата што живеат со само еден родител. Тие се најранлива група во општеството што безрезервно се потпира на грижата на возрасните. Следствено, индициите за дури и најмала опасност по психосоцијалниот развој на вака родените деца подразбира неопходност од исклучително внимателен пристап при нормирањето на правото на БПО за самци.

Во оваа смисла, се наметнува заклучокот дека принципот на најдобар интерес на детето е поважен од принципот на еднаквост, кој би ги опфатил мажите како потенцијални корисници на БПО за самци. Имајќи ги предвид позитивните законски прописи во Република Македонија, произлегува дека секаква интервенција во актуелната правна регулатива би предизвикала повеќе штета отколку општествена придобивка.

Во Република Северна Македонија, правото на сама жена да стане мајка така што ќе зачне од анонимен донатор е веќе „стекнато право“, кое се користи со години, па неговото укинување само би стимулирало револт и

⁴ Според членот 18 став 1 од Конвенцијата на ОН за правата на детето, се предвидува дека „државите ќе ги вложат сите напори да се обезбеди принципот и двајцата родители да имаат заедничка одговорност за подигнувањето и развојот на детето“.

„репродуктивен туризам“. Со оглед на тоа што на овој начин му се дава примат на правото на репродукција за сметка на принципот на најдобар интерес на детето, како коректив би можело да се јави воведување на можноста детето да го дознае своето генетско потекло по навршувањето одредена возраст. Меѓутоа, и ова потенцијално решение е манливо со оглед на тоа што лицата што ги донираат своите репродуктивни клетки, тоа го прават од алтруистички побуди, а не со цел да станат родители, па токму затоа се штити нивната анонимност.

Суштественото прашање што треба да се има предвид при нормирањето на БПО е: Каде е границата помеѓу хуманоста и дехуманизацијата од страна на новите репродуктивни технологии? Неопходно е границите на опсегот на асистирани репродукција да бидат мудро и темелно обмислени со цел да се зачува нивната благородна мисија, а тоа е да им се помогне на брачните и вонбрачни парови што имаат тешкотии да создадат потомство. Сметам дека нашата обврска како правници е светот да го оставиме како подобро место за живеење од она што сме го нашле, а во случајов, тоа може да се оствари само преку внимателно, праведно и етичко нормирање на репродуктивните технологии и права во една сеопфатна правна рамка што ќе служи како пример и за останатите земји.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Донеv, et al., 2013, „Актуелните биоетички предизвици во Македонија“;
- Мицковиќ, et al., 2016, „Новите репродуктивни технологии и правото“ стр. 105;
- World Health Organisation, 2022, Infertility overview, достапно на: https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1;
- Закон за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/08, 164/13, 149/14, 192/15 и 37/16;
- Закон за изменување и дополнување на Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, „Службен весник на Република Македонија“, број 149/14;
- Закон за семејството, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 80/92, 9/26, 38/04, 33/06, 84/08, 67/10, 156/10, 39/12, 44/12, 38/14, 115/14, 104/15 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 53/219;
- Robertson, 1994, „Children of choice“;
- The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, 1979, United Nations General Assembly;
- Murray, et al. 2005, „Single by Chance, Mother by Choice. How Women are Choosing Parenthood without Marriage and Creating the New American Family“;
- Mannis, 1999 “Single Mothers by Choice”, во National Council on Family Relations (NCFR) ед. Family Relations, Saint Paul, Minnesota, стр. 121-128;
- Bock, 2000, “Doing the Right Thing? Single Mother by Choice and the Struggle for Legitimacy” во Sara Miller McCune, ед. Gender and Society – SAGE Journals, Special Issue: Emergent and Reconfigured Forms of Family, Los Angeles, стр. 62-86;
- Jadva et al. 2009, “Mom by Choice, Single by Life’s Circumstance, Findings from a Large-scale Survey of the Experiences of Single Mothers by Choice”, ед. National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information, Bethesda Maryland, стр. 174-84;
- More Single Men Turn to Surrogacy, во Mario Caballero, ед. Extraordinary Conceptions, International Surrogacy and Egg Donation, достапно на: <https://www.extraconceptions.com/single-men-turn-to-surrogacy/>;
- Weissenberg, R., & Landau, R. (2012). „Are two a family? Older single mothers assisted by sperm donation and their children revisited” во Kendell L. Coker and Ryan P. Kilmer, ед. American Journal of Orthopsychiatry 82(4), 523–528, Washington DC;
- Sund et al. 2004, „Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents” ед. National Library of Medicine, Washington DC;
- Weitoft et al., 2003 “Mortality, Severe Morbidity, and Injury in Children Living with Single Parents in Sweden”, стр. 289-295;
- McConachie H., 2004 “Psychological Correlates of Depressive Symptoms among 12-14 year old Norwegian Adolescents”, Child: Care, Health and Development, Vol. 30, No. 2, стр. 184;
- Спировиќ Трпеновска et al., 2013 „Семејно право“;
- Марлов Дејан, Максимова Елена, 2015 „Етичките аспекти на сурогатството наспроти ставовите на законската регулатива”, во Годишен зборник на Правниот факултет при Универзитетот „Гоце Делчев“ стр. 141-144, Штип, РСМ;
- European Convention on Human Rights, 1953; Council of Europe;
- The United Nations Convention on the Rights of the Child, 20 november 1989.

ПРАВОТО НА НАДОМЕСТОК НА ШТЕТА КАКО ПРАВО НА ПАЦИЕНТИТЕ

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Аљоша Кацаров



РЕЗИМЕ

Правото на надоместок на штета, како право што му следува на секој пациент, подразбира дека пациентот (или под одредени услови, членовите на неговото семејство) има право да бара надоместок за причинета материјална и нематеријална штета што ќе ја претрпи за време на здравствениот третман од страна на здравствен работник, здравствен соработник и/или здравствената установа. Целта на овој стручен труд е преку нормативна анализа на законските одредби од отштетно-правен карактер и парцијална анализа на домашната судска практика и практиката на Европскиот суд за човекови права да се нагласат сите значајни подробности на постапката за остварување на правото на надоместок на штета причинета со лекарска грешка. Посебно го актуализираме прашањето на медицинското вештачење и прашањето во поглед на неизвесната наплата на досудениот износ за претрпена штета. Крuciјалноста на овие прашања е во тоа што при утврдувањето на решавачкиот факт дали постои или не постои лекарска грешка, судовите особено го ценат вештачењето како доказ за тој факт и затоа што сè додека пациентот не го наплати досудениот износ на штета, немаме *de facto* остварување на правото на надоместок, како право на пациентите.

Клучни зборови: штета, лекарска грешка, надоместок, постапка, пресуда

ВОВЕД

Правото на надоместок на штета, како право на пациентите, е законско право предвидено во домашното законодавство со одредбите во Законот за облигационите односи („Сл. весник на РСМ“ бр. 18/01) и во Законот за здравствената заштита („Сл. весник на РСМ“ бр. 43/12). Покрај тоа, правото на надоместок се среќава и во еден од најзначајните меѓународни правни инструменти за заштита на правата на пациентите, а тоа е Европската повелба за правата на пациентите, каде што се наведува дека:

Секој поединец има право на доволен надоместок во разумен временски период во случај на претрпена физичка или морална и психолошка штета или во случај на страдање предизвикано од лекување или од услуга во здравствениот систем. Здравствената заштита мора да гарантира надоместок, без оглед на тежината на настанатата штета или нејзината причина (од предолго чекање до медицинска грешка), дури и кога крајната одговорност не може да биде утврдена со точност (European Charter of Patients' Rights, Active Citizenship Network, 2002).

Неретко во процесот на здравствено третирање одредена акутна или хронична состојба кај пациентите се случува да бидат повредени или загрозени имотните, но и личните права на пациентот, како што се правата на живот, телесно и душевно здравје, чест, достоинство, приватност на личниот и семејниот живот и сл. Повредата на ваквите законски загарантирани права истовремено претставува и правен факт што доведува до настанување нов облигационо-правен однос (извор на облигација) од деликтна природа, овозможувајќи му на пациентот (и во одредени случаи, на членови на неговото семејство), низ соодветна судска постапка да бара надоместок за претрпена обична материјална штета (*damnum emergens*), испуштена корист (*lucrum cesans*) и нематеријална штета.

Целта на оваа стручна статија е преку анализа на правните прописи, кои ја регулираат оваа материја, анализата на домашната судска практика и практиката на Европскиот суд за човекови права (ЕСЧП), да се апострофираат сите предности и слабости на правниот систем со кој пациентите катадневно се соочуваат во постапката за добивање надоместок на штета и на кој начин таквата постапка може да стане поцелесообразна и поправична.

Во првата тематска целина од трудот се дефинира поимот лекарска грешка преку елаборирање на сите негови значајни карактеристики што ја претставуваат суштината на самата појава. Во истата глава е посветено внимание на позитивното законодавство во Република Северна Македонија (*de lege lata*), каде што фокусот е ставен на Законот за облигационите односи, како основен закон (*lex generalis*) во сферата на оштетеното право, посебно на сегментите што се однесуваат на штетата, штетното дејствие, каузалитетот како општи услови и вината како посебен услов.

Во втората тематска целина, поради доловување на практичните аспекти на правото на надоместок од штета како право на пациентот, се обработени и се анализирани две пресуди, една пресуда на ЕСЧП и една пресуда на домашен суд, со цел расчленување на комплексноста на постапката и потенцирање на нејзините суштински карактеристики.

И, на крајот, во делот насловен како Заклучоци и препораки е делот во кој ќе ги наведеме нашите заклучоци, размислувања и ставови во форма на предлози за законски измени (*de lege ferenda*), а кои се во правец на заштитата на правото на надоместок на пациентот, како законско загарантирано право.

1. ОПРЕДЕЛУВАЊЕ НА ПОИМОТ „ЛЕКАРСКА ГРЕШКА“

Несомнениот брз развој на технологијата, започнат најпрвин со индустриската револуција уште во раниот XIX век, па во континуитет со денешната ера на висока дигитализација, придонесе и за брз развој на медицината како наука и практика што се занимава со превенција, дијагноза и третман на болести и повреди кај луѓето. Така, современата медицина емпириски претставува далеку поразвиена област, која нуди сè поуспешни третирања на сè поголем број заболувања. Сепак, и во таква современа форма, таа е зависна од човечкиот фактор што пакупува на неизбежноста од човековото невнимание, спорната квалификуваност, системската недоследност и сл.

Во стручната литература се среќаваат повеќе дефиниции што го определуваат поимот лекарска грешка, односно медицинска грешка. Поимот, во правна смисла, на јасен начин прв го дефинираше германскиот лекар, антрополог, патолог и политичар Рудолф Вирхов (Rudolf Virchow), кој на средината на XIX век стручната лекарска грешка ја дефинира како „кршење општопризнаени правила на вештината за лекување поради недостиг на должно внимание“ (Зуниќ, 2008/2009, стр. 10-11).

По поновата правна литература, поимот медицинска грешка за првпат се појавил на средината на XX век (Амповска, 2020, стр. 240). Денес го прифаќаме дефинирањето на поимот лекарска грешка како повреда на добропознатите правила на лекувањето по пат на отстапување од потребниот степен на внимание (Кнеžić и Dabić, 2009).

Законодавецот на своевиден начин го дефинира поимот лекарска грешка и неговиот суштествен елемент, степенот на (не)внимание. Така, во Кривичниот законик, со посебен член е предвидена инкриминацијата со наслов: Несовесно лекување болни. Во законското битие на кривичното дело се содржани сите елементи што, во суштина, ја детерминираат лекарската грешка. Основниот облик на кривичното дело гласи:

Лекар што при укажување лекарска помош ќе примени очигледно неподобно средство или начин на лекување или нема да примени соодветни хигиенски мерки или воопшто несовесно постапува и со тоа ќе предизвика влошување на здравствената состојба на некое лице... (Кривичен законик на РСМ бр. 37/96, чл. 207 ст. 1)

Од законскиот текст на кривичното дело се утврдува дека станува збор за кривично дело што може да го изврши само лице со посебно својство на лекар (*delicta propria*), а како облици на извршување се следниве: примената на очигледно неподобно средство или начин на лекување (*delicta commissa*), неприменување соодветни хигиенски мерки (*delicta omissiva*) и друго несовесно постапување. Објективниот услов на инкриминација е влошувањето на здравствената состојба на пациентот.

Во Законот за облигационите односи (ЗОО, „Сл. весник на РСМ“ бр. 18/01) се среќава, пак, одредба со која се определува потребниот степен на внимание со кое, во конкретниот случај, лекарот е должен да постапува, односно „учесникот во облигациониот однос е должен во извршувањето обврска од својата професионална дејност да постапува со зголемено внимание, според правилата на струката и обичаите (внимание на добар стручњак)“ (ЗОО на РСМ бр. 18/01, член 11 ст. 2).

Вината на лекарот се определува преку призмата на апстрактното невнимание, како објективно мерило за степенот на внимание. Ова означува дека при определувањето дали лекарот постапувал согласно правниот стандард на добар стручњак, не се води сметка за личните способности и знаења на лекарот, туку за тоа како би постапил искусен и совесен лекар од соодветната струка во конкретниот случај (Амповска, 2020, стр. 243).

Оттука, може да заклучиме дека лекарската грешка, како противправно дејание, истовремено претставува посебно кривично дело (*sui generis*) што се гони по службена должност и граѓански деликт од кој настанува облигационо-правен однос помеѓу штетник и оштетен. Во практиката, најчесто за случаите на лекарска грешка најпрвин се води кривична постапка и се чека на правосилност на пресудата, со цел потоа оштетениот да иницира парница пред надлежен граѓански суд, каде што ќе биде истакнато тужбено барање со основ надоместок на штета.

Во овој дел нужно е да напоменеме дека оштетениот има право да предјави имотно-правно побарување и во кривичната постапка, но најчесто практиката на домашните судови е за таквото побарување оштетениот да биде упатен на спор пред надлежен граѓански суд. Со тоа, кривичниот суд своето постапување го ограничува само на утврдување на вината за конкретното кривично дело, не впуштајќи се во решавање на прашањето за надоместок на штета. Сметаме дека таквата практика не оди во прилог на заштитата на правото на пациентот за надоместок на штета, туку дополнително ја нарушува правната сигурност кај граѓаните и го одолжува процесот на ресторативна правда.

1.1 Граѓанска одговорност за штета од лекарска грешка

Не земајќи го предвид кривичноправниот аспект, кој го елаборираме погоре во делот на определувањето на поимот „лекарска грешка“, во овој дел ќе се осврнеме исклучиво на граѓанската одговорност кај здравствениот работник/соработник и здравствената установа за штетата предизвикана врз правата на пациентот преку призмата на општите поими, како што се оштетен, штетник, штетно дејствие, каузалитет и штета.

1.1.1 Страни во облигациониот однос настанат со причинување лекарска грешка

Поаѓајќи од законската дефиниција на она што значи пациент:

Пациент е лице, болно или здраво, кое ќе побара или на кое му се врши одредена медицинска интервенција со цел зачувување и унапредување на здравјето, спречување болести и други здравствени состојби, лекување или здравствена нега и рехабилитација (Закон за здравствената заштита на РСМ бр. 43/12, член 15 ст. 1 т. 26).

Кога лицето со ова својство ќе претрпи штета врз неговите права (имотни и лични), станува оштетен, а здравствениот работник/соработник или здравствената установа станува штетник.

Во националното законодавство постојат законски одредби што ја диференцираат личната (субјективната) одговорност на здравствениот работник/соработник од претпоставената (објективната) одговорност на здравствената установа. Ваквата диференцијација зависи исклучиво од степенот на вина на фактичкиот штетник (здравствениот работник/соработник), односно од тоа дали таа е предизвикана со намера, крајно невнимание или од обично невнимание. Оттука, нашиот ЗОО на оштетениот пациент му нуди две алтернативи: првата, да бара надоместок на штета непосредно од здравствениот работник/соработник кога штетата е предизвикана со намера (највисок степен на вина) или крајно невнимание, и втората, непосредно да бара надоместок од здравствената установа каде што работи здравствениот работник/соработник кога штетата е предизвикана од обично невнимание.

Хипотетички, кога оштетениот бара (би барал) надоместок директно од здравствениот работник/соработник, неговата правна положба е отежната бидејќи, во таков случај, товарот на докажување на вината паѓа на оштетениот како тужител. Тој би морал да го докаже пред суд постоењето на трите општи услови – штета, штетно дејствие и каузалитет, како и на посебниот услов – вина кај штетникот, и тоа во нејзиниот најтежок облик, односно намера (Галев и Анастасовска, 2008, стр. 581). Причината за ова е тоа што правната одредба, која е основ за одговорност на здравствениот работник/соработник, упатува на случаите кога постои намера или крајно невнимание кај нив, за кои товарот на докажување (*onus probandi*) паѓа на оштетениот, за разлика од поставеноста на одредбата за одговорност на работодавачот, која се заснова врз принципот на претпоставена вина (објективна одговорност), каде што работодавецот во парничната постапка треба да докажува дека неговиот работник во дадените околности постапувал согласно утврдениот стандард на „добар стручњак“.

Друга значајна карактеристика на медицинското оштетено право е тоа што еден облигационо-правен однос може да постои и без фактичкиот штетник (елаборирање погоре) и без фактичкиот оштетен кога е во прашање повреда на правото на живот и правото на телесно здравје. За жал, неретко исходот од здравствениот третман кај еден пациент може да биде настапена смрт.

Во таков случај, правото за справедлив надоместок за претрпена материјална и нематеријална штета преминува на членовите на неговото потесно семејство (брачен другар, деца и родители), но и на браќата и сестрите, дедовците и бабите, внуците и вонбрачниот другар, ако меѓу нив и починатиот, односно повреденото лице постоела потрајна животна заедница (ЗОО на РСМ бр. 18/01, член 190 ст. 1 и 2). Право на справедлив паричен надоместок имаат и родителите во случај на загуба на зачатото, а неродено дете. Истите лица го имаат правото на справедлив надоместок и во случај на тежок инвалидитет на пациентот.

1.1.2 Штета и видови штета

Од моментот на настанување на штетната последица, на пациентот му следува надоместок на материјална и нематеријална штета. За надоместок на материјална штета, апликативни се општите правила на позитивното оштетено право, предвидени во ЗОО, во делот насловен како „Посебно за надоместокот на материјална штета во случај на смрт, телесна повреда и оштетување на здравјето“.

Според нашите правила за одговорност за штета, како облици на материјална штета во случај на смрт се признаваат и надоместливи се следниве облици: изгубена заработка, трошоци за лекување, трошоци за погреб и загубена издршка.

Додека, пак, во случај на телесна повреда или општо нарушување на здравјето, се признаваат и надоместливи се: трошоците за лекувањето и изгубената заработка поради неспособноста за работа додека трае лекувањето. И во случај на телесна повреда, нашиот законодавец го предвидел правото на парична рента што му следува на оштетениот, а поради целосна или делумна неспособност, што доведува до губење на заработката или во случај кога потребите му се трајно зголемени или можностите за негово натамошно развивање и напредување се уништени или се намалени, па одговорното лице е должно на оштетениот да му плаќа определена парична рента, како надоместок за таа штета.

Кога станува збор за надоместокот на нематеријална штета, треба да се има предвид дека во домашното право, Новелата од 2008 година (Закон за изменување и дополнување на ЗОО на РСМ бр. 84/08) вовеле објективна концепција на нематеријалната штета, според која самата повреда на личните права претставува нематеријална штета (Амповска, 2022, стр. 25).

Оттука, при определувањето на износот за справедлив паричен надоместок (материјална сатисфакција за нематеријална штета), судот ќе ги земе предвид силината и траењето на повредата со кои биле предизвикани физички болки, душевни болки и страв, претрпени душевни болки поради намалена општа животна активност, претрпени душевни болки поради нагрденост, како и целта за која служи надоместокот.

Во случај кога судот определува справедлив паричен надоместок за нематеријална штета што ја трпат блиските лица на оштетениот/починатиот, се утврдува износ за две основи, и тоа: нематеријална штета за душевна болка што ја трпи поради траен инвалидитет на блиско лице и претрпена душевна болка поради смрт на блиско лице.

Според нашето мислење, најголемата неизвесност со која може да се соочат пациентите во текот на постапката за надоместок на штета е токму во наплатата на досудениот износ од страна на судот поради сè понезавидната финансиска состојба, првенствено на јавните здравствени установи.

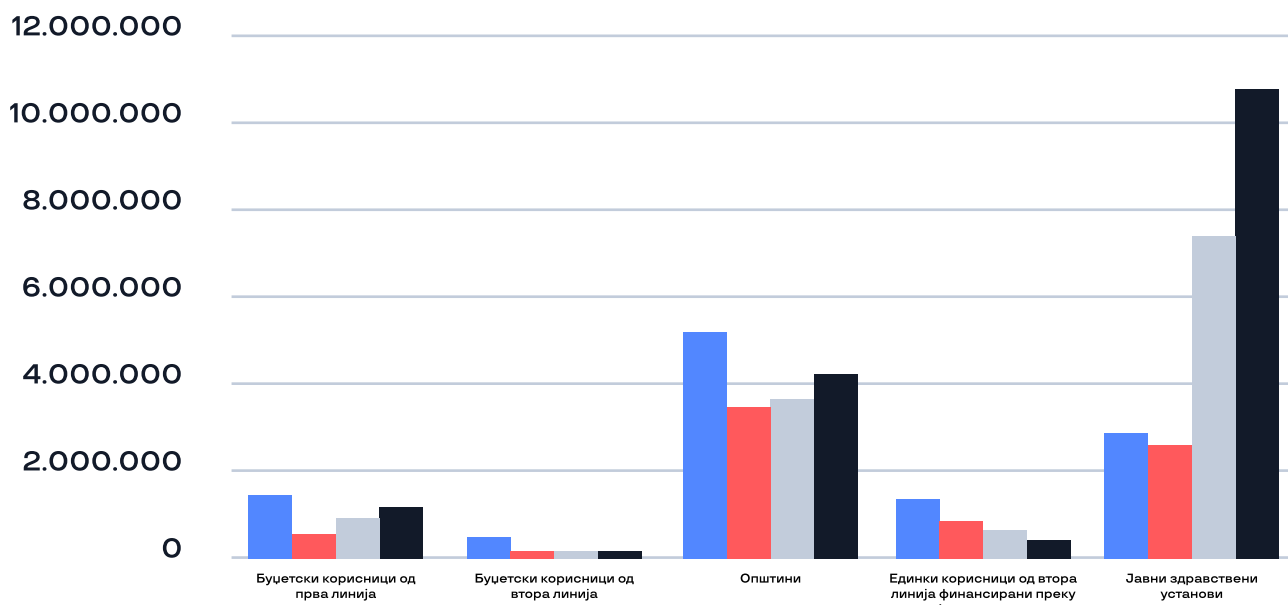
Во контекст на ова е Конечниот извештај за извршена ревизија на усогласеност на основен буџет на Република Северна Македонија за 2021 година,⁵ изготвен од Државниот завод за ревизија на РСМ, каде што е утврдено дека најголемо учество во вкупните доспеани, а неплатени обврски на буџетските корисници за анализираниот период 2018-2021 година имаат јавните здравствени установи со 45,78 %.

Од подолу приложените графикони се забележува трендот на зголемување на долговите на јавните здравствени установи (ЈЗУ). Во него се прикажани податоци за состојбата во Електронски систем за пријавување и евиденција на обврските (ЕСПЕО) со пријавените доспеани, а неплатени обврски на буџетските корисници за период 2018-2021 година. На у-оската се прикажани апсолутни износи изразени во денари, а на х-оската се прикажани буџетските корисници поделени во групи на субјекти. Пресекот претставува износот на долгот одделно за 2018, 2019, 2020 и 2021 година на буџетските корисници поделени по групи на субјекти.

Графикон бр.1 Податоци од пријавени доспеани, а неплатени обврски по групи на субјекти за период 2018-2021 година

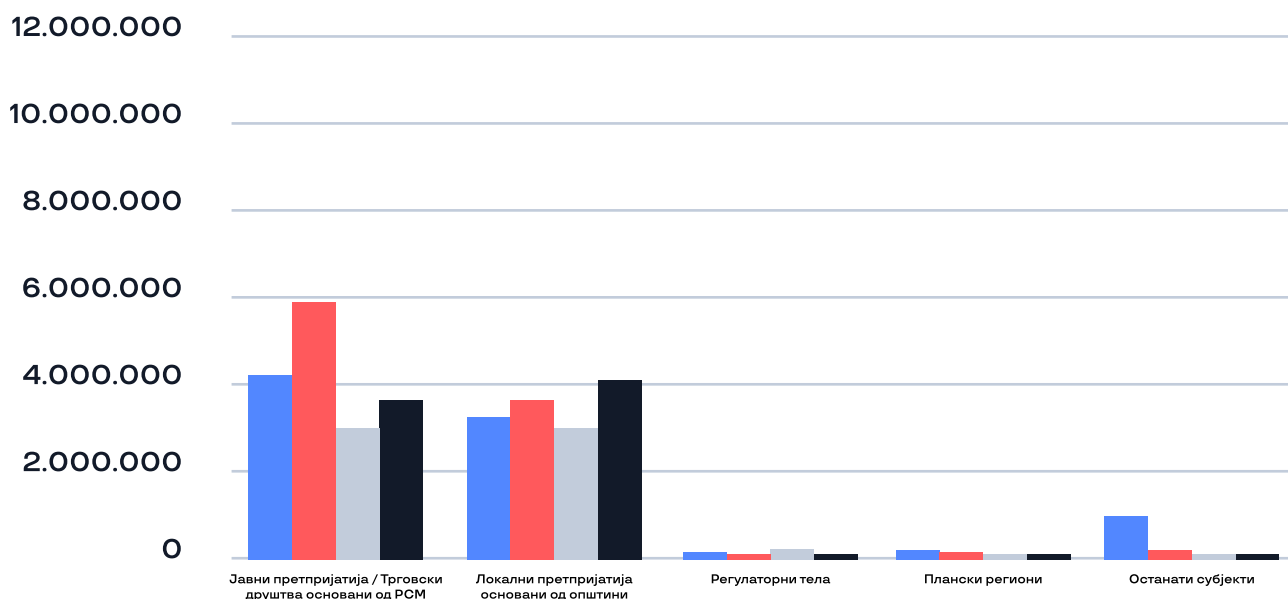
Пријавени доспеани, а неплатени обврски по групи на субјекти за период 2018-2021 година

● 2018 ● 2019 ● 2020 ● 2021



Пријавени доспеани, а неплатени обврски по групи на субјекти за период 2018-2021 година

● 2018 ● 2019 ● 2020 ● 2021



Извор: Конечен извештај за извршена ревизија на усогласеност на основен буџет на Република Северна Македонија за 2021 година (2022). Податоци достапни на интернет: https://dzr.mk/sites/default/files/2022-09/01_Osnoven_budzet_RSM_KOMPLET_2021_0.pdf, last updated: September 2022 (последен влез на страницата: 28.12.2022).

Податоците прикажани во графиконите укажуваат на драстичен раст за 2020 и 2021 година на пријавени, а ненаплатени обврски од страна ЈЗУ како буџетски корисници, кои согласно членот 9 од Законот за пријавување и евиденција на обврски (Законот за пријавување и евиденција на обврски на РСМ бр. 64/18, член 9) се должни на месечна основа, преку ЕСПЕО, обврските согласно нивната сметководствена евиденција да ги пријавуваат до Министерството за финансии на РСМ.

Финансиската состојба во која се наоѓаат јавните здравствени установи е сè полоша, а на тоа укажува и одговорот на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија (ФЗОРСМ) на Барањето за слободен пристап до информации од јавен карактер, поднесено од наша страна, а за потребите на предметот на трудот. Имено, побаравме список на ЈЗУ, чии сметки во текот на 2021 година биле блокирани подолго од 30 дена. На доставениот список се субјектите: ЈЗУ Институт за белодробни заболувања кај децата – Козле; ЈЗУ Универзитетска клиника за ревматологија – Скопје; ЈЗУ Општа болница – Охрид; ЈЗУ Општа болница – Куманово и ЈЗУ Здравствен дом – Берово.

Заклучокот од вака добиените податоци (во кои не се опфатени побројните приватни здравствени установи) укажува на фактот дека паричното побарување, кое произлегува од извршната и правосилна судска пресуда каде што е утврдена одговорноста за настаната лекарска грешка и со која е досуден извесен паричен надоместок, во значителна мера е осуетено. Оттука, се доведува во прашање и остварувањето на самото право на надоместок.

2. СУДСКА ПРАКТИКА

Во оваа тематска целина се анализирани две судски пресуди преку користење на аналитичкиот метод при анализирањето конкретен случај од практиката на ЕСЧП и од домашната судска практика. Анализата на случајот, всушност, е дескриптивна анализа на поединечни делови од целината на случајот извршена низ призмата на општата теорија на отштетното право, парничното право и европското право. Целта на користењето на овој метод е проширувањето на дискурсот во насока на практичните аспекти на постапката за надоместок на штета.

2.1 Анализа на пресуда на ЕСЧП

За анализа на пресуда од ЕСЧП ја селектиравме пресудата во предметот *Сара Линд Егертсдотир против Исланд (Sara Lind Eggertsdóttir v. Icelandno, 31930/04, 5 July, 2007)*.⁶ Фокусот на пресудата е членот 6 од Европската конвенција за човекови права (European Convention on Human Rights, Совет на Европа, 1950) – Право на правична судска постапка. Имено, жалителката во својата апликација навела дека ѝ е повредно правото на правична судска постапка затоа што ѝ било оневозможено сослушување пред непристрасен суд.

Всушност, Врховниот суд на Исланд арбитражно го задолжил „Стејт Медико – Легал Борд“ (СЛМБ) („State Medico-Legal Board“) да изготви експертско мислење за тоа дали имало медицинска небрежност при третманот на пациентката Сара Линд, притоа занемарувајќи го фактот дека четворица членови во избраната стручна институција биле лекари што имале работено кај тужената страна – Националната и универзитетска болница. Па, на тој начин се отворило прашањето за објективноста на експертското мислење, врз кое подоцна Врховниот суд ја укинал пресудата на Окружниот суд, со која бил досуден материјалниот надоместок за штета.

⁶ Целосната пресуда е достапна на: <https://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-81432>.

Во својата оценка на наводите, Судот посочува дека „недостигот на неутралност на назначениот експерт од страна на судот може во одредени околности да доведе до повреда на принципот на еднаквост на оружјата, својствен за концептот на правично судење“ (Sara Lind Eggertsdóttir v. Iceland no. 31930/04, 2007, § 47). Судот, исто така, наведува дека поради тоа што Врховниот суд ја засновал својата одлука за укинување на пресудата на Окружниот суд со која било досудено надоместувањето врз експертското мислење на СЛМБ, станува збор за доказ со посебна процесна тежина. Судот посебно го нагласува фактот дека „четворицата членови на СЛМБ имале задача не само да одговорат на прашањето дали тужениот е одговорен за медицинската небрежност во врска со раѓањето на жалителката во самата болница каде што биле вработени, дотолку повеќе требало со своето експертско мислење и да ги анализираат и да ги оценат перформансите на нивните колеги, со цел да му помогнат на Врховниот суд при утврдувањето на одговорноста на нивниот работодавач“ (Sara Lind Eggertsdóttir v. Iceland no. 31930/04, 2007, §51).

Во однос на сите овие аргументи, Судот заклучил дека жалителката имала легитимни причини да верува дека постапувањето на СЛМБ пред Врховниот суд не било објективно и непристрасно. Со тоа било повредено начелото на еднаквост на оружјата во постапката, имајќи ја предвид понеповолната процесна положба на жалителката во однос на тужениот. Поради тоа, објективната непристрасност на Врховниот суд била компромитирана од составот, процесната позиција и улогата на СЛМБ во постапката пред Судот, па следствено на тоа е утврдена повреда на чл. 6 ст. 1 од Европската конвенција за човекови права (ЕКЧП).

2.2 Анализа на пресуда од домашен суд

За анализа на пресуда од домашен суд ја избравме Пресудата ГЖ-5222/18 од 21.2.2019 година на Апелациониот суд Скопје⁷, со која е потврдена првостепената Пресуда П4-1837/14 од 7.6.2018 година на Основниот суд Скопје II – Скопје.

Процесни страни: На страната на тужителот физичко лице, а на страната на тужените:

1. ЈЗУ Универзитетска клиника за неврологија;
2. ЈЗУ Универзитетска клиника за инфективни болести и фебрилни состојби;
3. Приватна здравствена установа во мешовита сопственост – Клиничка болница Ацибадем Систина.

Штетно дејствие: Непоставување правилна дијагноза, лекување и преземање оперативен зафат, ниту, пак, дадена препорака за тоа.

Штетна последица: Развивање болест до степен на хронична болест или, во конкретниот случај, трајна мускулна слабост, со што на тужителката ѝ биле повредени личните права на телесно и душевно здравје изразено во претрпени физички болки, претрпен страв и претрпени душевни болки поради намалена општа животна активност.

Одговорност: Обично невнимание (претпоставена вина).

Согласно утврдената фактичка состојба од страна на Судот, од 12.4.2011 до 3.2.2012 година на тужителката во континуитет ѝ биле поставувани погрешни дијагнози (Лајмска болест, акутен бронхитис, невролошко заболување и др.), со што таа била лекувана несоодветно.

Погрешното дијагностицирање и лекување довеле до значително влошување на телесното здравје на тужителката, сè до моментот кога ѝ бил направен потребниот неврохируршки оперативен зафат, по што започнал процесот на заздравување. Во предметниот спор, тужителката процесно легитимирала две јавни

⁷ Целосната пресуда е достапна на: <http://sud.mk/wps/portal/central/sud>

здравствени установи и една приватна здравствена установа. Имено, ги тужела работодавачите на лекарите што фактички ја сториле лекарската грешка, па во конкретниот случај, Судот утврдил обично невнимание како степен на одговорност.

Како последица на неточни дијагностицирања и несоодветно медицинско лекување, на тужителката ѝ биле повредени личните права на телесно и душевно здравје, изразено во облици на претрпени физички болки, претрпен страв и претрпени душевни болки поради намалена општа животна активност, со што Судот ги задолжил тужените солидарно да ѝ ја надоместат нематеријалната штета поради сторена лекарска грешка во вкупен износ од 1.500.000,00 денари.

Специфичен процесен моментум во конкретната постапка е тоа што медицинското вештачење (кое во неформална смисла е прифатено од нашата судска практика како крунски доказ – *regina probationem* во споровите за надоместок на штета поради лекарска грешка) го извршило странска стручна институција, поточно Заводот за судска медицина од Ниш, Република Србија. Иако тужените го истакнувале приговорот дека согласно чл. 7 од Законот за вештачење (Закон за вештачење на РСМ бр. 115/10), вештачење може да врши странски вештак само доколку во РМ нема таков вештак за определената област. Таквиот приговор бил одбиен од судовите, затоа што останале неуспешни сите обиди на барање на тужителката да се изврши вештачење од вештите лица запишани во тој момент во регистарот на Министерството за правда.

Сметаме дека Судот, во конкретниот случај, постапил ингениозно, не овозможувајќи да се заштитат лекарите меѓусебно од утврдување одговорност за лекарска грешка. Па правилно и правично заклучил дека во ваков случај, странката има право да се обрати до странски вештак/стручна институција, со цел да си обезбеди докази од решавачки карактер.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Од содржината на првата тематска целина на овој труд може да констатираме дека домашната легислативна рамка нуди коректен правен механизам за заштита на правото на надоместок на пациентот, сè до моментот на наплата на досудениот износ од страна на судот. Во останатиот дел се забележува изразена нормативна усогласеност на законите, кои беа предмет на теоретска елаборација на овој труд, а тоа, пак, нуди добра правна основа за секој пациент што смета дека биле повредени неговите права.

Од изразените ставови на ЕСЧП, уште еднаш се потврди исклучителната важност на медицинското вештачење во врска со (не)постоенето на лекарската грешка во постапките за надоместок на штета пред националните судови. Од двете анализирани пресуди може да заклучиме дека и ЕСЧП и домашните судови им придаваат посебна процесна важност (доказна вредност) на експертските мислења во однос на тоа дали постои или не постои лекарска грешка. Но, неопходно е вештачењата да бидат изготвени од непристрасен субјект, да бидат објективни, неутрални и да се засноваат врз правилата на струката. Во спротивен случај, постапката нема да биде во согласност со процесните гаранции што ги предвидува членот 6 од ЕКЧП.

Од приложеното може да заклучиме дека постапката за стекнување на правото за надоместок може да се испроблематизира од моментот на наплата на досудениот паричен износ. Во најголем број од случаите, поради релативно полесниот начин на докажување одговорност, во постапката за надоместок, пациентите ги тужат работодавачите (видно и од анализираната судска практика). Тоа значи дека најчесто пациентите ги побаруваат досудените износи од јавните здравствени установи, кои, пак, сè почесто се соочуваат со финансиски проблеми, високи долгови, а со тоа и блокирани сметки од извршители.

Нашето решение за овој тип проблеми го гледаме во донесувањето посебна легислатива, аналогно на новиот Закон за исплата на паричен надоместок на жртви од кривични дела со насилство (Закон за исплата на паричен надоместок на жртви од кривични дела со насилство на РСМ бр. 247/22), со која ќе се обезбеди паричен надоместок непосредно од државниот буџет, како паушален износ на оштетените од кривични дела сторени поради лекарска грешка, а согласно начелото на општествена солидарност. Притоа, не исклучувајќи го правото на пациентот да побарува надоместок на штета или да оствари друго побарување согласно друг закон пред надлежен суд.

Ваквото законско решение би било во правец на заштита на загарантираното право на надоместок на пациентот и во насока на зголемување на правната сигурност на оштетените пациенти, знаејќи дека ќе се стекнат со одреден надоместок за претрпената штета во разумен рок, без оглед на (ин)солвентноста на одговорната здравствена установа.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Амповска, М. (2020), Отштетно право, Универзитет „Гоце Делчев“, Штип;
- Амповска, М. (2022), Надомест на штета причинета поради медицинска грешка во домашната судска практика и во компаративните правни системи, Јорданка Галева, Милица Шутова, Наташа Донева, Ана Здравева, ед. Social Changes in the Global World, зборник, 9, 2022, Штип, УГД.
- Европска повелба за заштита на правата на пациентите (European Charter of Patients' Rights), Active Citizenship Network, 2002.
- Зуниќ, Љ. „Значај познавања медицинског права за здравствене раднике“, семинарски рад, Постдипломски стручни студии „Медицинско право“ ак. год. 2008/2009;
- Закон за здравствената заштита „Службен весник на РСМ“ бр. 43/12; 145/12; 65/13; 87/13; 164/13; 39/14; 43/14; 101/14; 132/14; 188/14; 10/15; 61/15; 154/15; 192/15; 17/16; 37/16; 93/17; 20/19; 101/19; 153/19; 180/19; 275/19; 77/21; 122/21; 178/21; 150/22 и 236/22;
- Закон за парничната постапка, „Службен весник на РСМ“ бр. 79/05, бр. 110/08, бр. 83/09, бр. 116/10 и бр. 124/15;
- Закон за облигационите односи, „Службен весник на РСМ“ бр. 18/01; 4/02; 5/03; 84/08; 81/09; 161/29; 123/13 и 215/21;
- Закон за вештачење, „Службен весник на РСМ“ бр. 115/10, 149/12, 12/14, 43/14, 104/15, 148/15, 192/15 и 64/18;
- Закон за исплата на паричен надоместок на жртви од кривични дела со насилство, „Службен весник на РСМ“ бр. 247/22;
- Кривичен законик, „Службен весник на РСМ“ бр. 37/96, 80/99, 48/01, 4/02, 16/02, 43/03, 19/04, 40/04, 81/05, 50/06, 60/06, 73/06, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/2013, 82/13, 14/14, 27/14, 28/14, 41/14, 41/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17, 170/17 и 248/18;
- Knežić, D. P., и Dabić, L. (2009). Slobodne profesije –pravni aspekti, Beograd: Institut za uporedno pravo;
- Конечен извештај на овластениот државен ревизор, заведен под бр. 11-113/9 од 30.05.2022 г., Државен завод за ревизија на РСМ;
- Пресуда ГЖ-5222/18 од 21.2.2019 година на Апелациониот суд Скопје;
- Сара Линд Егертсдотир против Исланд (Sara Lind Eggertsdóttir v. Iceland) бр. 31930/04, 5 јули 2007 година (<https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-81432>).

СВЕСНОСТИ И ИНФОРМИРАНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА НИВНИТЕ ПРАВА ВО ПЕЛАГОНИСКИОТ РЕГИОН

Универзитет „Св. Климент Охридски“ – Битола

Правен факултет – Битола

Ангела К. Ристевска



РЕЗИМЕ

Правата на пациентите се основни човекови права, а подобрувањето на правата на пациентите е приоритет на секое модерно и демократско општество.

Во Законот за заштита на правата на пациентите, со посебен член – членот 7, е уредено правото на информираност, според кој пациентот има право да биде целосно информиран во сите фази на здравствената заштита. Донесувањето регулатива, па макар и таа да биде усогласена со европското законодавство, не е гаранција за заштита на правата на пациентите. Но, факт е дека Република Северна Македонија (PCM) има преземено низа мерки за усогласување на македонската легислатива со меѓународната во областа на заштитата на правата на пациентите, а тоа не мора да значи и нивно целосно имплементирање.

Целта на оваа статија е да ги процени свесноста и информираноста на пациентите за Законот за заштита на правата на пациентите и неговата имплементација, како основа за заштита на правата на пациентите од сите права предвидени со меѓународната рамка.

Во истражувањето за свесноста на пациентите за правата на здравствена заштита, која го зголемува квалитетот на примената на здравствената заштита, спроведен е методот на истражување во вид на анкета составена од неколку прашања на репрезентативен примерок од 150 испитаници пациенти во Пелагонискиот Регион. Оваа статија, пред сè, е насочена кон истражувањето на човековите права во делот на здравствената заштита, законската рамка и нејзината имплементација во практиката и кон информираноста на пациентите. Ова истражување покажува дека пациентите не се секогаш свесни за своите права, затоа е потребно да се генерира дебата за прашањето за учество на сите засегнати страни (властите, политичарите, лекарите и пациентите), сè со цел да се зголеми ефективната примена на ова право. Свеста за правата на пациентите мора да се зголеми со широко распространета дистрибуција на Законот за заштита на правата на пациентите и негова афирмација меѓу пациентите и целокупната јавност.

Клучни зборови: пациенти, информираност, свесност, човекови права, здравствена заштита, имплементација

ВОВЕД

Правата на пациентите се основни човекови права, а истовремено и гаранција за квалитетот што ги оценува и ги заштитува пациентите од злоупотреба и дискриминација, и претставуваат важен дел од современата здравствена практика. Токму поради тоа, подобрувањето на правата на пациентите е приоритет на секое модерно и демократско општество. Правото на информираност е предмет на истражување и обработка во оваа статија. Човековите права во рамките на здравствената заштита во Република Северна Македонија се опфатени во националното законодавство, кое е усогласено со европската и меѓународната легислатива.

Со Законот за заштита на правата на пациентите (Вељаноски, 2015) се утврдува заштитата на правата на пациентите во користењето на здравствената заштита. Во Законот за заштита на правата на пациентите, со посебен член – членот 7, е уредено правото на информираност, според кој пациентот има право да биде целосно информиран во сите фази на здравствената заштита (Вељаноски, 2008). Европската повелба за правата на пациентите (Cotturri & Inglese, 2002) не дава можност за импровизации. Таа дава јасен и севкупен исказ за правата на пациентите: „Како европски граѓани, ние не прифаќаме правата да бидат утврдени само во теорија, а всушност, се неостварливи во практиката поради финансиски ограничувања. Финансиските ограничувања, колку и да се оправдани, не го легитимизираат порекнувањето или компромитирањето на правата на пациентите. Ние не прифаќаме овие права да бидат регулирани со закон, а потоа да не се почитуваат; да бидат употребувани во изборни програми и да бидат заборавени по доаѓањето на новата власт“ (Cotturri & Inglese, 2002, стр. 1). Свесноста и информираноста во меѓународни рамки претставува обврска во борбата за имплементација на донесените закони. За европските граѓани, како и за земјите аспиранти за ЕУ, неприфатливо е да се прифати правото на пациентите за нивна заштита само како декларативна заложба преточена во закон. Почитувањето на правата на пациентите претставува најзначајна компонента на здравствената заштита. Но, донесувањето регулатива, па макар и таа да биде усогласена со европското законодавство, не е гаранција за заштита на правата на пациентите.

Целта на оваа статија е да ги процени свесноста и информираноста на пациентите за Законот за заштита на правата на пациентите и неговата имплементација, како основа за заштитата на правата на пациентите од сите права предвидени со меѓународната рамка. Почитувањето на правата на пациентите не може да се обезбеди само со информирање на креаторите на политиките и давателите на здравствена заштита, туку и со едукација на граѓаните во однос на тоа што треба тие да очекуваат од нивните влади и од давателите на здравствени услуги. Но, од друга страна, свеста на пациентите во однос на правата на пациентите сè е уште проблематична, иако законските регулативи на сите нивоа даваат можност за нивна заштита.

Хипотезата што се поставува како предмет на истражување во оваа статија е:

Свесноста на пациентите за правата на здравствена заштита го зголемува квалитетот на примената на здравствената заштита.

Правата на пациентите се дефинирани во регионалните и меѓународните документи, како и националните повелби и националното законодавство. Уставот на РСМ е експлицитен во гарантирањето на правото на здравствена заштита, дефинирано во Законот за здравствената заштита на секој граѓанин и во Законот за заштита на правата на пациентите. Сите овие документи, декларации и закони на пациентите им обезбедуваат остварување промотивни, превентивни, куративни и рехабилитативни мерки со цел обезбедување здравствена заштита, но и други мерки и активности за промоција на здравјето и спречување болести. Оваа статија, пред сè, е насочена кон истражувањето на човековите права во делот на здравствената заштита, законската рамка и нејзината имплементација во практиката, со посебен акцент на информираноста на пациентите, како основа на законската рамка што во суштина ја гарантира здравствената заштита на пациентите.

МЕЃУНАРОДНА РАМКА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Светската здравствена организација (формирана во 1948 година) го создаде првиот закон за здравствените права наменет за примена на сите лица. Оттогаш, движењето за проширување на правата на пациентите стана сè пораспространето во целата здравствена заштита. Меѓународната рамка за правата на човекот ги опфаќа Универзалната декларација за човекови права и деветте меѓународни договори што содржат меѓународни стандарди во однос на почитувањето, промовирањето и заштитата на човековите права. Овие договори се обврзувачки за државите што ги ратификувале. Со регионалната рамка се уредуваат главните стандарди што ги штитат човековите права во однос на здравствената заштита во Европа и се проверува на кој начин тие се толкувани од супранационалните тела, најмногу од Европскиот суд за човекови права и од Европскиот комитет за социјални права. Меѓународната и регионална правна рамка за заштита на човековите права има директно влијание врз степенот на почитување, заштита и реализирање на човековите права во државите членки. Правото на здравје е регулирано со повеќе меѓународни и регионални документи, 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 жените, Конвенцијата за правата на детето, Европската конвенција за заштита на човековите права и основните слободи, како и Европската социјална повелба (Павловски et al., 2014). Модерното движење за правата на пациентите се појави поради зголемената загриженост за кршењето на човековите права во здравствените установи, особено во земјите каде што пациентите преземаат поголем дел од трошоците за здравствена заштита и на тој начин за возврат очекуваат да ги почитуваат нивните права како „потрошувачи“ (Fridli, 2006). Европската повелба за права на пациентите е корисна рамка за процена на празнините во националните правни рамки и во обуките за правата на пациентите и давателите на услуги. Иако Европската повелба не е правно обврзувачка, силна мрежа на групи за правата на пациентите ширум Европа успешно лобираа кај нивните национални влади за признавање и усвојување на правата што ги адресира (Beletsky et al., 2013). Во европски контекст, ова ги вклучува Европската конвенција за човекови права и биомедицина (ECHRБ), Декларацијата на Светската здравствена организација за промоција на правата на пациентите во Европа и Европската повелба за правата на пациентите. Во другите делови на светот, националните повелби за пациенти го повторуваат овој развој (Health rights, 2022).

НАЦИОНАЛНА РАМКА ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

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 националните стратегии на сите земји, посебно на земјите членки на ЕУ и земји аспиранти на ЕУ, како што е и нашата земја. Уставот на РСМ 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. Здравствениот систем, здравствената заштита и правата и обврските на здравствените работници, установи и пациенти во РСМ се регулирани со низа законски прописи, меѓу кои се следниве: Законот за здравствената заштита („Службен весник“ бр. 43 од 29.3.2012 г.), Законот за заштита на правата на пациентите („Службен весник“ бр. 82 од 8.7.2008 г.), Законот за здравственото осигурување („Службен весник“ бр. 142 од 1.8.2016 г.), Законот за јавното здравје („Службен весник“ бр. 22 од 15.2.2010 г.), Законот за ментално здравје („Службен весник“ бр. 71 од 8.6.2006 г.) и други

закони од областа на здравството. Од сите овие законски решенија, интерес за овој труд предизвикува Законот за заштита на правата на пациентите со кој се предвидени повеќе права на пациентите, и тоа: право на пациентот на учество во одлучувањето, право на информираност, одбивање 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 врз кој се врши научно истражување, заштита на правата на пациентот вклучен во медицинска настава, зафати на човечкиот геном, пристап кон медицинско досие, право на доверливост на личните и медицинските податоци, право на одржување контакти, право на самоволно напуштање здравствена установа и право на приватност. Фактот дека не постои законска обврска за вклучување на граѓаните и граѓанските организации во развојот на здравствената стратегија и стратешките планови, а притоа 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, генерира состојба во која граѓаните, односно пациентите не се доволно вклучени во остварувањето на нивните права. Тоа, секако, доведува до тоа пациентот да нема ниту свесност, ниту информираност за правата, како основно право за заштита на своето здравје. Во суштина, Законот за заштита на правата на пациентите ја содржи обврската на државата за утврдување и заштита на правата на пациентите, односно дека „пациентот ги има правата пропишани со овој или со друг закон или со ратификуван меѓународен договор“ (член 5, став 1) („Службен весник“ бр. 82 од 8.7.2008 г.).

Ова е уставно загарантирано право за почитување на основните слободи и права на човекот и граѓанинот признаени со меѓународното право и утврдени со Уставот, како едни од темелните вредности на уставниот поредок на РМ (чл. 8 од Уставот на РМ). Од сето погоре изнесено, факт е дека Република Северна Македонија има преземено низа мерки за усогласување на македонската легислатива со меѓународната во областа на заштитата на правата на пациентите. Но, очекувано е дека ќе бидат присутни одредени проблеми во почитувањето на одредбите од Законот за заштита на правата на пациентите со елементи на дискриминаторско однесување, како во однос на недоволно приспособените административни процедури при користењето на правата, недоволната информираност за правата и обврските на сите инволвирани страни, така и во однос на други непредвидливи ситуации што доведуваат до ограничување на пристапноста и достапноста на здравствените услуги и права на нивна посебна заштита од корпусот на правата на пациентите.

ПРАВА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Грижата за пациентите е дискретен и важен аспект од правото на здравје што заслужува внимание и контрола, како прашање на човековите права. Важноста на пристапот до информации, како меѓународно признаено човеково право за сите, одамна е признаена. Сепак, остварувањето на ова право останува предизвик. Пациентот ги има правата пропишани со закон или со ратификувани меѓународни договори, конвенции, декларации и други меѓународни документи што се однесуваат на заштитата на правата на пациентите. Пациентот има право на остварување на правата пропишани со закон, без дискриминација заснована врз пол, раса, боја на кожа, јазик, верска припадност, политичко или кое било друго мислење, национално или социјално потекло, припадност на национално малцинство, материјална положба, потекло на раѓање, сексуална ориентација или кој било друг статус. Пациентот има право на грижа, лекување и рехабилитација што се во согласност со неговите поединечни потреби и способности и што ја унапредуваат состојбата во однос на неговото здравје, со цел да го достигне највисокото можно лично ниво на здравје согласно достапните методи и можности на медицината, а во согласност со прописите од областа на здравствената заштита и здравственото осигурување. Личноста и достоинството на секој пациент мора да се почитува. Пациентот има право на лична сигурност за време на престојот во здравствената установа („Службен весник“ бр. 82 од 8.7.2008 г.). Односот помеѓу правата на пациентот и давателот на услуги е критичен, а тоа, несомнено,

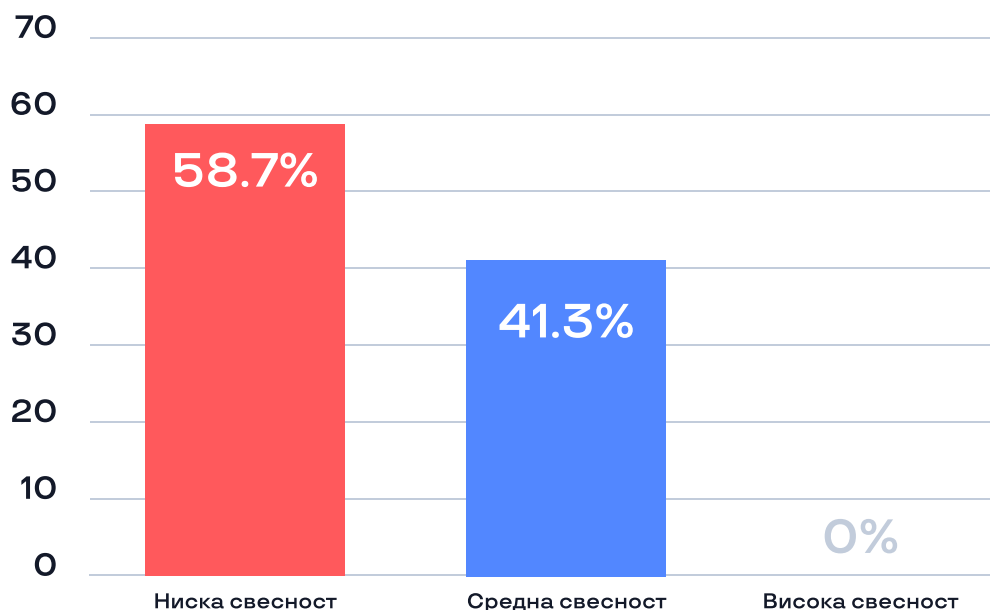
бара простор за истражување како појдовна основа за детектирање на проблемите и истовремено за нивно решавање преку вградување во законската легислатива. Концептот поврзан со човековите права во однос на грижата за пациентите е „двојна лојалност“ или „истовремени обврски на давателот на здравствена заштита, изразени или имплицирани, кон пациентот како носител на правото“ (Abrahams & Mahlathi, 2002). Од правна и регулаторна гледна точка, се разгледува на кој начин е воспоставено ова право со националните и меѓународните закони и нивната имплементација во реалниот здравствен живот. Во членот 7 од Законот за заштита на правата на пациентите е предвидено правото на информираност на секој пациент, во сите фази на здравствената заштита, да биде целосно информиран за: 1) својата здравствена состојба, вклучително и за медицинската процена на резултатите и исходот на одредена медицинска интервенција, како и нејзините најчесто очекувани компликации; пациентот има потреба и очекува да биде третиран како личност наместо како случај – тоа е прашањето што се отвора во овој дел на информираност; 2) препорачаните медицински интервенции, како и планираните датуми за нивно спроведување (програма за третман и рехабилитација); 3) можните предности и ризици при спроведувањето, односно поради неспроведувањето на препорачаните медицински интервенции; 4) своето право на одлучување за препорачаните медицински интервенции; 5) можните замени за препорачаните медицински интервенции; 6) причините за евентуалните разлики на постигнатиот резултат од медицински интервенции во однос на очекуваниот; 7) текот на постапката при укажувањето на здравствената заштита; 8) препорачаниот начин на живеење и 9) правата на здравствена заштита и здравствено осигурување, како и постапката за остварување на тие права (Вељаноски, 2015). Од сите овие права на пациентите утврдени во Законот за заштита на правата на пациентите, посебен акцент во рамките на анкетното истражување се става на правото на информираност. Причината за тоа е едноставна – без свесност и информираност на пациентите за нивните права не може целосно да се имплементираат нивните права. Оваа студија нуди можност да се проценат свеста и задоволството на пациентите во однос на нивните права и овозможува да го привлече вниманието на заедницата кон ова прашање. Целта на истражувањето е да се утврдат свесноста и информираноста на пациентите во Пелагонискиот Регион за нивните права, кои се дадени во Законот за заштита на правата на пациентите.

АНАЛИЗА НА СПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ИСТРАЖУВАЊЕ

Во рамките на истражувањето се анкетирани 150 пациенти во Пелагонискиот Регион на возраст од 18 до 79 години, од кои 78 машки и 72 женски пациенти со ниво на образование: 12 со основно, 68 со средно и 70 со високо образование, а од нив вработени 78, невработени 56 и 16 пациенти пензионери. Во спроведената анкета беа анализирани информираноста и свесноста на пациентите за правата што ги дава Законот за заштита на правата на пациентите.

На прашањето за информираноста за постоење на Законот за заштита на правата на пациентите, од анкетираниите испитаници, 54,7 % знаат дека постои таков закон, додека, пак, 45,3 % не знаат дека постои таков закон.

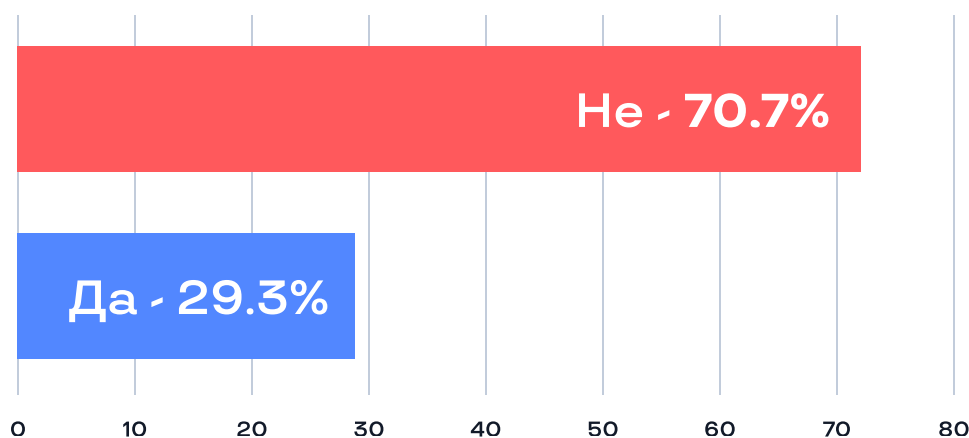
На кое ниво е свесноста на пациентите за нивните права?



Од анализата на второто прашање за нивото на свесност на пациентите за нивните права произлегува дека дури 58,7% сметаат дека нивото на свесност на пациентите е прилично ниско, 41,3% од испитаниците сметаат дека свесноста е на средно ниво, додека, пак, ниту еден не дал оценка за високо ниво на свесност за правата од овој закон. Овој резултат е мошне загрижувачки и укажува на потребата да се направат чекори со цел да се подобри свесноста во РСМ.

За правото на информираност за здравствената состојба, 45,3% дале одговор дека биле информирани за тоа право, 54,7% дале одговор дека не биле запознаени со тоа право, додека, пак, за правото на одлучување за препорачаните медицински интервенции, 42,7% дале позитивен одговор, а остатокот, односно 57,3% дале негативен одговор.

Правото за текот на постапката при укажување здравствена заштита



На прашањето колку се запознаени со правото за текот на постапката при укажување здравствена заштита, само 29,3 % одговориле дека биле запознаени, додека, пак, 70,7 % одговориле дека не се запознаени. Овој податок е, исто така, загрижувачки аргумент за анализа.

За правото на второ стручно мислење за здравствената состојба биле запознаени 40 % од пациентите, а 60 % не биле запознаени со ова право. Исто така, 64 % од испитаниците знаеле дека имаат право за прифаќање и одбивање определена медицинска интервенција, а 36 % не знаеле за тоа право.

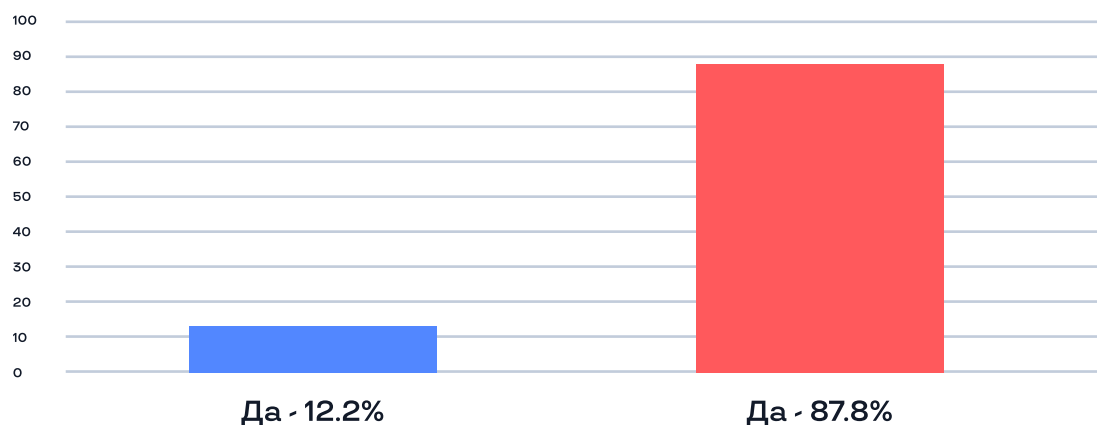
За правото на увид во медицинското досие знаеле 37,8 %, а не знаеле 62,2 %. За правото на заштита на својата приватност при лекување знаеле 73,3 %, додека, пак, 26,7 % не знаеле, а тоа дава надеж дека пациентите знаат и добро се информирани за заштитата на нивната приватност при лекување.

Правото на заштита на својата приватност при лекување



Најзагрижувачки резултат добиен од ова истражување е одговорот за заложбата на институциите за информирање на пациентите за нивните права и дали таа е на потребното ниво. Имено, само 12,2 % од испитаниците одговориле дека е на потребното ниво, а 87,8 % од испитаниците одговориле негативно, што го вклучува алармот за преземање мерки за санирање на оваа состојба во РСМ.

Дали информираноста на пациентите за нивните права од страна на институциите е на потребното ниво



ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Овој труд покажува дека пациентите не се секогаш свесни за своите права. Затоа, потребно е да се генерира дебата за прашањето за учество на сите засегнати страни (властите, политичарите, лекарите и пациентите) сè со цел да се зголеми ефективната примена на ова право. Потребна е програма за здравствена едукација на национално ниво со цел да се зголемат свеста и практикувањето на правата на пациентите во земјата. Граѓаните мора да го добијат своето право на информираност за теми поврзани со здравјето преку добра едукација и добро здравствено образование. За да се зачува човечкото достоинство, пациентите мора да се сметаат за личности со права, од кои едното право е да добијат соодветни информации за сопственото здравје и за третманот што треба да се следи. Фактот дека пациентите го вперуваат прстот кон институциите со загрижувачки 87,8 % недоверба поради недоволна грижа кон пациентите за нивната информираност е повод за кревање на гласот со иницијатива за аларм да се посветат на пациентите. Свеста за правата на пациентите мора да се зголеми со широко распространета дистрибуција на Законот за заштита на правата на пациентите и негова афирмација меѓу пациентите и целокупната јавност. Министерството за здравство треба да вложи повеќе напори за подигнување на свеста на пациентите за нивните законски права во соработка со Министерството за образование и Министерството за труд и социјална политика. Формите и начинот на имплементација на кампањата може да се дефинираат преку широка јавна дебата. Дефинирањето на подучувањето, според истражувањето, може да се одреди и според старосна граница како целна група. Воведувањето на часовите во воспитно-образовниот процес во средното и високото образование претставува предизвик, заедно со едукативните работилници и другите форми на кампањи на здравствените институции со цел давање можност за соработка со невладините организации.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Трајко В. (2008), Закон за заштита на правата на пациентите;
- Cotturri, G. and Inglese, S.A. (2002) „Европска повелба за права на пациентите.“ Брисел: Совет на Европа;
- Cotturri, G. and Inglese, S.A. (2002) „Европска повелба за правата на пациентите“, pp. 1-1;
- Павловски, Б., Антиќ, Д. и Фришчиќ, Ј. (2014) „Сите сме луѓе: Секому здравствена заштита без разлика на етничката припадност“, стр. 12;
- Fridli, J. (2006) New challenges in the domain of health care decisions, p. 11;
- Beletsky, L., Ezer, T. and Overall, J. (2013) The Law in Seven Transitional Countries;
- Човекови права во здравствената заштита (2022), Health Rights. Available at: <https://healthrights.mk/> (Accessed: January 31, 2023);
- „Службен весник на Република Македонија“ (2008), Закон за заштита на правата на пациентите;
- Трајко В. (2016) Закон за здравствено осигурување;
- Вељаноски, Т. (2010) Закон за јавно здравје;
- Трајко В. (2008) Закон за заштита на правата на пациентите;
- Иванов, Ѓ. (2012) Закон за здравствената заштита;
- „Службен весник на Република Македонија“ (2008), Закон за заштита на правата на пациентите;
- Вељаноски, Т. (2011) Акт за изменување и дополнување на Законот за заштита на правата на пациентите;
- Abrahams, B. and Mahlathi, P. (2002) “Dual Loyalty & Human Rights,” Dual Loyalty & Human Rights In Health Professional Practice; Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms, p. 11;
- „Службен весник на РМ“ бр. 150/15 (2015), Закон за изменување и дополнување на Законот за заштита на правата на пациентите.

ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ПРИ ВРШЕЊЕ МЕДИЦИНСКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Лазар А. Тасев



РЕЗИМЕ

Медицинските истражувања претставуваат облик на третман за лекување што секогаш е на линијата меѓу новите медицински откритија и загрозувањето на правата на пациентите. Затоа и медицинската фела секогаш во преден план во јавноста ги истакнува позитивните резултати и придобивки од експериментите, а во сенка, односно далеку од очите на јавноста, ја затскрива експерименталната постапка. Според ова, медицинското право преку меѓународните документи и националната правна рамка ја зазема улогата на регулирање на медицинските експерименти со пропишување законски и етички норми.

Сепак, круцијалниот сегмент во оваа проблематика се заштитните механизми, бидејќи преку нив може да се постапува превентивно и репресивно против злоупотребите при медицинските експерименти. Во Република Северна Македонија се воспоставени повеќе вакви механизми со цел сестрано дејствување на повеќе нивоа, како прекршочна заштита, заштита што ја нуди Лекарската комора и кривичноправната заштита.

Најголемата опасност по здравјето на пациентот постои тогаш кога тој не дал согласност, аналогно на тоа, не бил ни информиран дека врз него ќе се врши медицинско истражување, па оттаму ниту тој, ниту неговите блиски не ги активираат заштитните механизми за да се повикаат на неговите загарантирани права. Покрај ова, во практиката, вистинскиот предизвик е во кривичната постапка, т. е. со судско вештачење да се утврди првенствено дека станува збор за несовесно лекување со медицински експеримент, а потоа и причинско-последичната врска меѓу несовесното лекување, односно, конкретно, медицинското истражување на лекарот и влошената здравствена состојба на пациентот, која е услов на инкриминација во кривичното дело „Несовесно лекување болни“ од членот 407 од Кривичниот законик, со кое би се ефектуирала кривичноправната заштита.

Клучни зборови: медицински истражувања, права на пациенти, злоупотреби, медицинска деонтологија, механизми на заштита.

ВОВЕД

Динамичниот развој на медицината, медицинската технологија, фармацевтската индустрија и биомедицината, а во одредени лукративни случаи, и желбата за популарност и имотна корист, рапидно го зголемија вршењето на медицинските експериментални интервенции. Несомнено, јасно е дека медицината, биомедицината и фармацијата се науки и практики што имаат нужна потреба од вршење истражувања/експерименти, но само со единствена цел – за проучување и пронаоѓање нови, ефикасни и ефективни лекови и медицински третмани на болести и состојби. Но, токму поради фактот дека при вршењето на медицинските експерименти не станува збор за терапевтски интервенции, каде што имаме однос помеѓу лекар и пациент, туку напротив, имаме однос *sui generis* помеѓу истражувач (лекар или друг здравствен работник) и пациент субјект врз кој се врши истражувањето, при што има голема специфичност во интервенциите, а просторот за загрозување на правата на пациентите е огромен.

Поради оваа причина, со цел да се намали потенцијалот за какви било повреди на правата на пациентите, постојат меѓународни стандарди што воспоставуваат апсолутна заштита на пациентите врз кои се вршат вакви истражувања, од кои позначајни се: Конвенцијата за заштита на човековите права и достоинството на човечкото суштество во однос на примената на биологијата и медицината: *Конвенција за човекови права и биомедицина* (Совет на Европа, 1997), *Дополнителниот протокол кон Конвенцијата за човекови права и биомедицина за биомедицински истражувања* (Совет на Европа, 2005) и *Хелсиншката декларација за етички принципи за медицински истражувања во кои се вклучени луѓе* (Светска медицинска асоцијација, 1964). Додека, пак, директната заштита е обезбедена и преку националната легислатива со *Законот за заштита на правата на пациентите* („Службен весник на РМ“ бр. 82/08) и со *Кривичниот законик* („Службен весник на РМ“ број 37/96). Овде би го споменале и *Кодексот на медицинската деонтологија* (Лекарска комора, 1992), со кој лекарите се обврзуваат на совесно, етичко и хумано постапување при вршењето медицински експерименти.

Оттука, посебен осврт во трудот ќе биде даден во однос на меѓународните и националните стандарди за заштита на правата на пациентите при вршење медицински и биомедицински експерименти, како што се: експериментот да биде *ultima ratio*, односно да не постои алтернативна терапевтска интервенција за третирање на болеста или состојбата, свесна, јасна и доброволна согласност од страна на пациентот, прецизно и разбирливо информирање на пациентот за предвидливите ризици и последици од експериментот, посебна заштита на ранливите групи пациенти, и предда се вршат медицинските истражувања врз луѓе, претходно да биле спроведени врз животински организми без нивно мачење (Тупанчески, Деаноска-Трендафилова, Кипријановска, 2012). Сепак, главниот фокус во трудот ќе биде ставен на заштитните механизми што ги нуди нашето законодавство во случаи на повреда на споменатите права на пациентите, односно прекршочната заштита стипулирана во *Законот за заштита на правата на пациентите и кривичноправната заштита предвидена со Кривичниот законик*.

Во стручната статија, поради детална елаборација на правата на пациентите и заштитните механизми при медицинските експерименти, како методи на научно и стручно истражување ќе бидат користени методите на анализа, синтеза, дескрипција и дедуктивниот метод. Притоа, статијата концепциски ќе содржи прв дел, во кој ќе бидат појаснети правата на пациентите при медицински истражувања споредбено со меѓународните стандарди и домашната легислатива, и втор дел, кој ќе се однесува на заштитните механизми, конкретно на прекршочната заштита, заштитата од страна на Лекарската комора и кривичната заштита.

1. ПРАВА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВРЗ КОИ СЕ ВРШИ МЕДИЦИНСКО ИСТРАЖУВАЊЕ

1.1 Меѓународни документи

Како што веќе беше напоменато, медицинските истражувања, т. е. експерименти секогаш се на тенката линија помеѓу новите достигнувања во медицината, кои ќе значат нови, ефикасни и ефективни лекови и медицински третмани на болести и состојби, и злоупотребата и загрозувањето на човековите права. Според ова, на интернационално ниво постојат повеќе меѓународни документи што се однесуваат на нормирањето стриктни стандарди за заштита на пациентите врз кои се врши истражување. Како протагонистички акт од ваква природа е, пред сè, *Конвенцијата за заштита на човековите права и достоинството на човечкото суштество во однос на примената на биологијата и медицината: Конвенција за човекови права и биомедицина*, донесена во 1997 година од страна на Советот на Европа, каде што се пропишани основните права на пациентите што се подложни на медицински експерименти, кои понатаму ќе бидат детално елаборирани преку анализа на националната рамка. Овде, како најзначајни би ги издвоиле: непостоењето друга алтернатива за лекување, ризиците не се диспропорционални со ползата од истражувањето, постои одобрување од соодветна етичка комисија или тело и постоење информирана согласност за експериментот.

Подоцна, во 2007 година влегува во сила и Дополнителниот протокол кон *Конвенцијата за човекови права и биомедицина за биомедицински истражувања*, кој главно се надоврзува на сите стипулирани начела на медицински интервенции, а покрај тоа, утврдува и посебни категории истражувања каде што е неопходна посебна заштита поради постоење специфична ситуација или, пак, станува збор за истражување што се врши врз лице што спаѓа во ранлива група. Имено, Дополнителниот протокол, како три посебни ранливи групи што уживаат посебна заштита при медицинските истражувања ги дефинира: бремените жени и доилки, истражувањата врз лица во итни клинички ситуации и лицата лишени од слобода (Тупанчески, Деаноска-Трендафилова и Кипријановска, 2012).

Овде е вредно да се спомене *Хелсиншката декларација за етички принципи за медицински истражувања* во кои се вклучени луѓе од 1964 година, донесена од страна на Светската медицинска асоцијација, која примарно е наменета за лекарите. Имено, оваа декларација ги воспоставува стандардите за вршење медицински истражување на начин што ги утврдува правилата и етичките начела што лекарите мора да ги почитуваат при вршењето истражувања. Согласно Хелсиншката декларација, медицинското истражување подлежи на етички стандарди со кои се промовира почитувањето за сите човечки субјекти и заштитата на нивното здравје и права. Некои популации се особено ранливи за истражување и имаат потреба од посебна заштита. Тука спаѓаат оние што не може да дадат или да одбијат согласност за себе и оние што може да бидат ранливи на принуда или несоодветно влијание. Исто така, се предвидува дека лекарите треба да ги земат предвид етичките, законските и регулаторните норми и стандарди за истражувања што вклучуваат човечки субјекти во нивните земји, како и применливите меѓународни норми и стандарди.

Ниеден национален или меѓународен етички, законски или регулаторен услов не треба да ја намали или да ја елиминира заштитата на субјектите што се предмет на истражување, а која е предвидена со оваа Декларација.

1.2 Национална правна рамка за медицински истражувања

Во контекст на претходно споменатите меѓународни документи, Република Северна Македонија ги има имплементирано меѓународните стандарди во Законот за заштита на правата на пациентите како *lex specialis* во оваа област. Па така, со овој закон се уредуваат: заштитата на правата на пациентите во користењето на здравствената заштита, должностите на здравствените установи и здравствените работници и соработници, општините и фондот за здравствено осигурување во унапредувањето и заштитата на правата на пациентите, постапката за заштита на правата на пациентите, како и надзорот над спроведувањето на законот.

Конкретно, во однос на заштитата на пациентите врз кои се врши медицинско истражување, законот првенствено уредува дека за вршење научно истражување врз пациент неопходно е да се даде свесна, јасна и доброволна согласност од пациентот. Со тоа, следејќи ги меѓународните стандарди, законот на недвосмислен начин пропишува дека е забрането секое присилно научно истражување врз пациент. Притоа, од пациентот се бара изјава за согласност за учество во научно истражување во писмена форма, датирана и потпишана од пациентот, вклучувајќи го и елементот да биде дадена врз основа на прецизни и на разбирлив начин дадени информации за природата, важноста, последиците и ризиците на истражувањето.

Во ситуациите кога пациентот не е способен да даде изјава за согласност, односно станува збор за малолетен пациент или деловно неспособен, изјава дава неговиот родител, законски застапник или старател, со одобрение од надлежниот центар за социјални работи.

Важно е да се напомене дека согласно членот 17, Законот за заштита на правата на пациентите ја нуди и можноста пациентот или неговиот родител, законскиот застапник или старателот, во интерес на пациентот, да може да ја повлече изјавата за согласност за учество во научно истражување на овој член во секое време на начин на кој таа била дадена, односно во пишана форма, датирана и потпишана.

Како посебен случај, во членот 18 е предвидена и посебна заштита на правата на пациентот што е вклучен во медицинска настава. Имено, како услов, законот повторно за вклучување пациент во медицинска настава ја предвидува изречената согласност на пациентот. Со тоа, за разлика од случајот на медицинското истражување, овде се бара свесна, јасна и доброволна писмена или усна согласност од пациентот, дадена пред двајца сведоци врз основа на прецизен и разбирлив начин, и информации за природата, важноста, последиците и ризиците на наставата, дадени од страна на здравствениот работник што го вклучува пациентот во медицинската настава.

Во однос на премисивните услови за вршење медицинско истражување што се предвидени, пред сè, со *Конвенцијата за човекови права и биомедицина и нејзиниот Дополнителен протокол, Законот за заштита на правата на пациентите* е на иста линија со предвидените меѓународни стандарди. Конкретно, во членот 19 е предвидена императивна норма со која научно истражување врз пациент може да се изврши согласно одредбите од овој или од друг закон. Понатаму, пропишано е дека истражувањето може да се изврши само доколку кумулативно се исполнети условите предвидени во истиот член. Притоа, законот на таксативен начин предвидува 5 услови, односно да не постои замена за истражувањето со која би се постигнала истата или приближно истата цел кај луѓето, т. е. да не постои друга алтернатива; ризиците на кои се изложува пациентот да бидат сразмерни на можната корист од истражувањето; истражувањето да биде одобрено од страна на Комитетот за етички прашања при Лекарската, Фармацевтската или Стоматолошката комора во областа

на здравството, со мултидисциплинарен состав, по спроведената независна анализа на неговата научна вредност, важноста на целта на истражувањето и оцената на неговата етичка прифатливост; пациентот врз кој се врши истражувањето да биде информиран за своите права, како и за нивната заштита во согласност со овој закон, и последниот услов е да постои изјава за согласност на пациентот од членот 17 на овој закон.

Надоврзувајќи се на одредбите од *Конвенцијата за човекови права и биомедицина и нејзиниот Дополнителен протокол*, во членот 20 е предвидена и можност за вршење медицинско истражување врз пациент на кого му е одземена деловната способност, пациент што не е во состојба да расудува, како и врз малолетен пациент. Во ваков случај, медицинското истражување може да се спроведе само доколку се исполнети условите од членот 19, изземајќи го последниот услов за дадена согласност од страна на пациентот.

Сепак, и кога се исполнети овие услови, со цел поголема правна сигурност и заштита на овие пациенти од потенцијални злоупотреби и искористувања, предвидени се дополнителни услови, и тоа: резултатите од истражувањето може да придонесат за стварната и непосредна корист за здравјето на пациентот; да има дадена изјава за согласност од родителот, законскиот застапник, односно старателот; да има одобрение од надлежниот центар за социјални работи; како и пациентот да не се противи на истражувањето. По исклучок, и во случај кога истражувањето не може да даде резултати од непосредна корист за пациентот, тоа може да се одобри доколку постои согласност од родителот, законскиот застапник, односно старателот, како и одобрение од надлежниот центар за социјални работи, со тоа што целта на истражувањето да биде постигнување резултати што може да бидат од корист за пациентот или за други пациенти од иста старосна група или за пациенти со иста болест и истражувањето да опфаќа минимален ризик и минимално оптоварување за пациентот.

Во корелација со *Дополнителниот протокол кон Конвенцијата за човекови права и биомедицина за биомедицински истражувања*, мора да се укаже на сериозна забелешка дека тој не е ратификуван од страна на Република Северна Македонија, иако Конвенцијата за човекови права и биомедицина е ратификувана од 2009 година, а влезе во сила на 1.1.2010 година. Истовремено, покрај фактот дека Дополнителниот протокол не е дел од нашиот правен поредок, во Законот за заштита на правата на пациентите постои т.н. правна празнина, односно законот не предвидува посебна заштита за пациенти врз кои се врши истражување, а кои спаѓаат во ранливи категории, како што се бремени жени, доилки, лица во итни клинички ситуации, како и лица лишени од слобода. Тоа е нешто што Дополнителниот протокол јасно го предвидува, како што се специфични ситуации и категории пациенти што треба да уживаат посебна заштита при медицински истражувања.

Во контекст на националната правна рамка за медицински истражувања, вредно е да се спомене и Кодексот на медицинската деонтологија на Лекарската комора, со кој се утврдуваат етичките принципи на лекарите што се должни задолжително да ги почитуваат и да ги спроведуваат. Иако Кодексот на медицинската деонтологија не уредува конкретни права на пациентите врз кои се врши истражување, на инверзен начин со пропишување етички норми и начела за лекарите воспоставува директна заштита за овие пациенти. Односно, и самиот Кодекс упатува на почитување од страна на лекарите на веќе споменатата Хелсиншка декларација за биомедицински истражувања.

Првенствено, Кодексот воспоставува општо начело со кое стипулира дека меѓу најтешките прекршувања на етичките начела се наоѓа изнуденото биомедицинско испитување на човекот. Притоа, се бара секогаш да постојат строго контролирани постапки за испитување нови научни методи на човекот што се дозволени само ако е медицински и биолошки оправдано и ако за тоа постои технолошка и кадровска опременост, според претходно дадена рецензија од висок стручен и научен орган и согласност на испитаникот или неговиот старател, односно застапник.

Аналогно на ова, согласно Кодексот на медицинската деонтологија, новите начини на лекување лекарот ги воведува во согласност со законските прописи и начела за биомедицинските истражувања, а притоа новиот начин на лекување треба да обезбеди предност на потенцијалната корист во однос на ризикот по здравјето и животот на пациентот.

Исто така, лицето што е согласно на медицинско истражување мора да биде запознаено со карактеристиките, очекуваните успеси и можниот ризик и можните опасности во постапката. Притоа е неопходна доброволна, неизнудена согласност за примена на новиот метод или обид за нов вид лекување. Исто така, се предвидува дека секогаш постои можноста, на барање на пациентот или по оценка на лекарот истражувач, истражувањето да биде прекинато.

Важно е да се напомене дека Кодексот на медицинската деонтологија строго забранува истражувања, т. е. користење нови методи со цел да се дојде до научни податоци врз деца со посебни потреби, врз затвореници и врз лица во подредена положба кон извршителот на испитувањата. Во случај кога пациентот не е во состојба да расудува и да даде согласност за медицинско истражување, а новиот начин на лекување или лекарство претставува трајна и единствена можност за спасување на животот на пациентот, по исклучок, согласноста може да ја даде правниот застапник на болниот. Сепак, и во таков случај, потребно е да постои писмено барање за неопходноста за примената на новиот начин на лекување, потпишано од раководителите на лекарскиот тим што го лекува пациентот.

2. ЗАШТИТА НА ПАЦИЕНТИ ВРЗ КОИ СЕ ВРШИ МЕДИЦИНСКО ИСТРАЖУВАЊЕ

2.1 Прекршочна заштита

Прекршочната заштита при вршењето медицинско истражување е гарантирана согласно Законот за заштита на правата на пациентите. Имено, предвиден е прекршок во членот 65 од законот доколку здравствениот работник, кој непосредно врши медицинска интервенција, не даде информации во согласност со членот 17 став 2 од овој закон во случаи на научно истражување. Односно, упатува на обврската на здравствениот работник, кој пред да ја добие изјавата за согласност од пациентот е должен го запознае пациентот, т. е. на разбирлив начин да му даде информации за природата, важноста, последиците и ризиците на истражувањето.

За сторениот прекршок, Законот за заштита на правата на пациентите предвидува глоба во износ од 250 до 500 евра во денарска противвредност. Бидејќи инспекциски надзор над спроведувањето на овој закон врши Државниот санитарен и здравствен инспекторат, државниот санитарен и здравствен инспектор е должен на сторителот на прекршокот да му издаде прекршочен платен налог согласно Законот за прекршоците.

Во членот 47 од Законот за прекршоците („Службен весник на РСМ“ бр. 96/19) е стипулирано дека во случај кога сторителот на прекршокот нема да ја плати изречената глоба во рок од 8 дена од денот на приемот на прекршочниот платен налог, државниот санитарен и здравствен инспектор, како овластено службено лице, поднесува барање за поведување прекршочна постапка до надлежниот суд.

2.2 Заштита од страна на Лекарската комора

Како организација што го донесува Кодексот на медицинската деонтологија, Лекарската комора има свои механизми со кои врши контрола над работење на лекарите, вклучувајќи ги и медицинските истражувања. Покрај ова, и Законот за здравствената заштита („Службен весник на РМ“ бр. 43/12) ѝ делегира јавни овластувања и должности на Лекарската комора. Така, Лекарската комора обновува, продолжува и одзема лиценца за работа, води регистар на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци и врши стручен надзор над работата на здравствените установи и здравствените работници

Постојат два типа стручен надзор што ги врши Лекарската комора. Првиот, редовен стручен надзор, се врши врз основа на годишен план за кој согласност дава министерот за здравство. Вториот е вонреден стручен надзор и се спроведува врз основа на писмено барање и соодветна документација поднесена од пациент, член на неговото семејство и државни органи. Стручниот надзор, меѓу другото, опфаќа проверка за почитување на одредбите на Кодексот на медицинската етика и деонтологија од страна на лекарот на медицина во вршењето на неговата дејност, давање мислење врз основа на затекнатата моментална состојба и преземање соодветни мерки врз основа на завршување надзор.⁸

Со Статутот на Лекарската комора, како независен орган, основан е Суд на честа. Ваквиот орган, на барање од обвинителот на Комората, расправа и одлучува за одговорноста на членовите на Комората за сторена повреда од етичка, деонтолошка и професионална гледна точка, за повредите на Статутот и Кодексот на медицинската етика и деонтологија и непочитување на одлуките и актите на Комората. Со цел обвинителот, кој исто така е орган на Комората самостоен и независен во работењето, да поведе постапка против член на Комората, неопходно е да располага со основано сомневање дека го повредил Законот, Статутот или Кодексот на медицинската деонтологија.

За сторените повреди, Судот на честа може да изрече мерка опомена, јавна опомена, парична казна, забрана за учество во работата на органите на Комората, времено или трајно одземање лиценца. Во однос на последната мерка, согласно Законот за здравствената заштита, привремено одземање на лиценцата за работа на здравствен работник со високо образование може да се изврши најмногу за период од седум години. Исто така, привремено одземање на лиценцата за работа на здравствен работник со високо образование се врши и во случај ако со правосилна судска одлука се утврди дека здравствениот работник со високо образование сторил кривично дело поврзано со вршењето на здравствената дејност. Трајното одземање на лиценцата за работа исклучиво се врши ако со правосилна судска одлука се утврди дека здравствениот работник со високо образование сторил стручен пропуст или грешка при работата, со што предизвикал трајно нарушување на здравјето или смрт на болниот.

⁸ Повеќе за стручниот надзор на Лекарската комора види на: <https://www.lkm.org.mk/mk/record/2/2/za-lkrsm>.

2.3 Кривичноправна заштита

Не постои посебна инкриминација за злоупотреби при вршење медицински експерименти, т. е. истражувања во нашиот казненоправен систем. Сепак, ваквиот начин на загрозување на здравјето на луѓето е опфатен во законското битие на кривичното дело „Несовесно лекување болни“ од членот 207 од Кривичниот законик.

Кривичното дело предвидува лекар што при укажување лекарска помош ќе примени очигледно неподобно средство или начин на лекување или нема да примени соодветни хигиенски мерки или воопшто несовесно постапува и со тоа ќе предизвика влошување на здравствената состојба на некое лице, кој ќе се казни со парична казна или со затвор до три години. Според ова, се увидува дека делото инкриминира неколку облици на несовесно постапување.⁹ Сепак, како дејствија на извршување што може да кореспондираат со злоупотреби при медицински истражувања е општата инкриминација кога лекарот воопшто несовесно постапува, каде што се подведуваат сите случаи на лекување кога лекарот ги занемарил медицинските стандарди, вклучувајќи ги и стандардите за медицински истражувања. Во оваа смисла, се забележува следново:

Несовесноста на лекарот, во смисла на споменатиот облик, може да се состои од неиндицирана примена во определени агресивни (инвазивни) испитувања на пациентот, вршење испитувања што се проследени со висок или релативно висок степен на опасност (ризикот од нивната примена ја надминува потенцијалната корисност) (Тупанчески, Деаноска-Трендафилова и Кипријановска, 2012, стр. 189).

Условот на инкриминација, односно условот што е потребен за да биде исполнето законското битие на кривичното дело е дека е неопходно како резултат на несовесното постапување да настапи последица, која е манифестирана како влошување на здравствената состојба на пациентот. Токму овде е и најтешкиот дел во практиката, кој се однесува на докажувањето на кривичното дело пред суд, односно првенствено да се утврди дека станува збор за несовесно лекување со медицински експеримент и потоа да се утврди причинско-последичната врска меѓу несовесното постапување, конкретно медицинското истражување на лекарот и влошената здравствена состојба на пациентот. Имајќи предвид дека обвинителството и судот немаат познавања од медицината, ова исклучиво може да се констатира само преку судско вештачење, кое во Република Северна Македонија како специјализирана установа го изготвува Институтот за судска медицина, криминалистика и медицинска деонтологија на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

Во однос на субјективниот елемент, несовесното лекување може да биде извршено со евентуална умисла или небрежност, иако кај медицинските истражувања и експерименти секогаш делото е сторено со евентуална умисла, бидејќи во таков случај, кај лекарот постои свест и волја за извршување на истражувањето, додека, пак, влошувањето на здравствената состојба, т. е. последицата не треба да биде опфатена со неговата умисла, затоа што, во спротивен случај, би било дело на телесно повредување или убиство.¹⁰

Како соодветна санкција за ова дело, Кривичниот законик пропишува дека лекарот ќе се казни со парична казна или со затвор до три години. Но, согласно членот 217 од КЗ, кога како резултат на несовесното лекување, пациентот ќе биде тешко телесно повреден или здравјето тешко ќе му биде нарушено, лекарот ќе се казни со затвор од една до десет години. Додека, пак, доколку како последица настапи смрт кај пациентот, ќе му се изрече казна затвор од најмалку четири години.

⁹ Повеќе за облиците на извршување види кај Камбовски, В. и Тупанчески, Н. (2011) Казнено право – посебен дел, Скопје.

¹⁰ За кривичното дело „Несовесно лекување болни“ види и кај Тупанчески, Н., Деаноска-Трендафилова, А. и Кипријановска, Д. (2012) Медицинско казнено право, Скопје.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Од извршената елаборација на правата на пациентите и нивната заштита при медицински истражувања, може да се заклучи дека Република Северна Македонија има добро воспоставена легислатива и механизми за спречување злоупотреби при медицински истражувања. Имено, правната рамка овозможува темелна гаранција на правата на пациентите, пред сè, со ратификуваната Конвенција за човекови права и биомедицина за биомедицински истражувања, Законот за заштита на правата на пациентите, *Кодексот на медицинската деонтологија* и *Кривичниот законик*. Сепак, исклучително е важно овде да се напомене како забелешка и препорака дека е неопходно ратификување на *Дополнителниот протокол кон Конвенцијата за човекови права и биомедицина за биомедицински истражувања*, како и законски измени и дополнувања на Законот за заштита на правата на пациентите, во смисла на посебна заштита при медицински истражувања за посебни ранливи категории лица (бременни жени и доилки, лица лишени од слобода и лица во итни клинички ситуации).

Во однос на заштитните механизми, обезбедена е сестрана заштита на повеќе нивоа. Така, предвидена е прекршочна заштита, заштита што ја нуди Лекарската комора и кривична заштита. Но, клучно е да се наведе дека за реално остварување на заштитата потребна е поголема ажурност и стручност во постапувањето по пријавите и претставките од пациентите од страна на институциите. Особено важно во кривичната постапка е судското вештачење да го констатира несовесното лекување преку медицински експеримент со кој се повредени принципите на медицинската деонтологија и каузалната врска помеѓу медицинскиот експеримент и последицата – влошена здравствена состојба.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

Учебници, книги и статии

- Гајдова, Г. (2019) Лекарска грешка – казнено-правен контекст, Македонска ревија за казнено право и криминологија год. 26, бр. 1-2;
- Димовски, Б. (2015) Кривичното дело несвесно лекување на болни во македонско право, Македонска ревија за казнено право и криминологија год. 22, бр. 1, 2015 година;
- Камбовски, В. (2006) Казнено право – општ дел, Скопје;
- Камбовски, В. и Тупанчески, Н. (2011) Казнено право – посебен дел, Скопје;
- Марјановиќ, Г. и Каневчев, М. (2016) Македонско кривично право – општ дел, Скопје;
- Тупанчески, Н. (2020) Кривичен законик – интегрален текст, Предговор, кратки објаснувања и Регистар на поими, Четврто изменето и дополнето издание, Скопје;
- Тупанчески, Н., Деаноска-Трендафилова, А. и Кипријановска, Д. (2012) Медицинско казнено право, Скопје.

Документи

- Конвенција за заштита на човековите права и достоинството на човечкото суштество во однос на примената на биологијата и медицината: Конвенција за човекови права и биомедицина [Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine], Совет на Европа, 1997;
- Дополнителен протокол кон Конвенцијата за човекови права и биомедицина за биомедицински истражувања [Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research], Совет на Европа, 2005;
- Хелсиншка декларација за етички принципи за медицински истражувања во кои се вклучени луѓе [Declaration of Helsinki as a statement of ethical principles for medical research involving human subjects], Светска медицинска асоцијација, 1964;
- Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на РМ“ бр. 82/08;
- Закон за здравствената заштита, „Службен весник на РМ“ бр. 43/12;
- Кривичен законик, „Службен весник на Република Македонија“ број 37/96;
- Кодекс на медицинската деонтологија, Лекарска комора

ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА ВО БИОМЕДИЦИНАТА – ЕТИЧКИТЕ И ПРАВНИТЕ АСПЕКТИ ПРИ ДОНИРАЊЕТО ОРГАНИ, ТКИВА ИЛИ КЛЕТКИ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЈА

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Ана Гацева



РЕЗИМЕ

Медицината и правото, особено во делот на заштитата на човековите права, се две гранки, навидум дијаметрално различни, но во постојана меѓусебна симбиоза. Со развојот на биомедицината како подгранка се јавуваат одредени прашања и дилеми на кои правото мора да даде соодветен одговор, со цел опстојување на самата подгранка.

Овие прашања и дилеми, во најголем број, се јавуваат кога станува збор за процесот на трансплантација на човечки органи, ткива или клетки, а во најголемиот дел се однесуваат на заштитата на човековите права.

Овој труд е наменет за разгледување токму на овие прашања, односно дали воопшто постојат механизми со кои би се заштитиле правата на сите вклучени страни при процесот на пресадување органи, доколку тие постојат, дали тие се доволни или неопходно е нивно подобрување, но и како може да ги искористиме компаративните искуства од меѓународното право.

Изнаоѓањето на овие прашања и дилеми е од особено значење денес, кога трансплантациите на органи се сè поактуелни и активно се работи на подигнување на свеста околу важноста на овој чин. Оттаму, овој труд е наменет за сите млади правници што се ентузијастички при решавањето правни дилеми, кои се делумно решени во домашното законодавство, особено кога е неопходен внимателен пристап во областа поврзана со заштитата на човековите права.

Иако во моментот кај нас постои одредена правна рамка со која се регулира овој чин, таа содржи одреден број правни празнини, делумно ја уредува материјата и е во постојана колизија со други законски акти на начин на кој се влијае и врз хармонизацијата во правото на ЕУ. За жал, постојат и други механизми за зајакнување на капацитетите што воопшто не се користат, но и слабо се дејствува врз свесноста на чинот на пресадување органи, што доведува до бавен процес на развојот на човековите права во биомедицината.

Токму затоа, во овој труд ќе се разгледаат клучните прашања поврзани со човековите права при трансплантацијата на органи во Република Северна Македонија.

Клучни зборови: човекови права, пресадување органи, здравствена заштита, трговија со органи, меѓународни организации за размена и набавка на органи.

ВОВЕД

Доколку некој би сакал да ја измери човековата хуманост, мерната единица на хуманоста би се нарекла донирање органи за трансплантација, бидејќи не постои поголема пожртвуваност на која може да подлежи една индивидуа од тоа да даде дел од себе на оној кому му е потребно да преживее. Иако во поголемиот дел од случаите овој настан се случува *post mortem*, круната на хуманите побуди останува вечно да го носи споменот на дарителот на органот, па оттаму, дел од него продолжува да чекори на нашата планета во друга форма. Овој чин не носи бран на добри вести само за реципиентот на органот и неговото семејство, туку дава чувство на космичка правдина и духовен мир и кај блиските на дарителот на органот со самиот факт дека е спасен уште еден живот, но и дека нивниот сакан оставил дел од себе во материјална форма.

Суштината на оваа идеја до овој момент звучи идеално, а токму тоа е и нејзината цел, но за да се стигне до крајната цел, неопходен е развој на настаните што довеле до неа. На крајот на денот, овој *sui generis* однос не може да биде облигаторно-правен, но задолжително мора да постои правна рамка што ќе го уреди ова прашање, бидејќи станува збор за силна и решителна волја помеѓу двете страни.

Во овој труд ќе се разгледа токму тоа прашање, како правно да се уреди нешто што е многу посилно од нас како индивидуи, но сепак мора да се ограничи со цел во ниеден случај да не биде подложно ни на трошка злоупотреба од ниту една страна. Поучени од лошите искуства низ историјата, човековата глад за пари, од една страна, и гладта за вечен живот, од друга страна, без оглед на нивното стекнување, како и грозоморните примери од нашето соседство каде што невини жртви, меѓу кои и деца, беа, во буквална смисла, одгледувани како животни поради трговија со нивните органи, неопходно е да најдеме правен механизам што би ги заштитил страните и би ги уредил меѓусебните права и обврски и би ги запознал нив или оние што носат одлуки во нивно име за последиците, ризиците, начините и процедурите низ кои ќе поминат во целиот процес.

Од друга страна, пак, ќе се направи осврт и на начините на кои се започнува целата процедура, како и јавување на волјата да се донираат органите. Оваа волја не може да биде временски ограничена бидејќи постои можност да се јави дури и децении претходно, но може да се појави и момент пред чинот. Во секој случај, задолжително мора да постои и начин како таа би се отповикала, во кои услови и под кои околности.

Почнувајќи од разгледувањето на историскиот развој на трансплантацијата на органи, клетки или ткива, а особено осврнувајќи се на клучните прашања поврзани со проблематиката, целта на овој труд е да ја разгледа оправданоста на потребата да се систематизираат сите одговори во една целина, со цел да се добие уникатен но континуиран и еднаков пристап кон сите страни вклучени во процесот, со особена грижа за заштита на нивните човекови права.

1. ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ

Иако идејата за органодарителството датира уште од времето кога древните митологии на Римјаните, Старите Грци и Египќаните раскажувале митови за тоа како нивните богови ги лекуваат болните од неизлечиви болести преку пресадување органи од животно или кадавер (D. Nordham, 2021), современата медицина ја реализира оваа дотогаш само теоретска идеја во 1954 година, каде што успешно се изведува првото пресадување бубрег од жив дарител. Овој чин ги отвора вратите на медицината во сосема неоткриен правец на безброј можности што се нудат во насока на спасување на тешко болните пациенти, па веќе во шеесеттите години на дваесеттиот век успешно се изведуваат трансплантации и на други органи, како што се срце, панкреас и црн дроб, со цел педесетина години подоцна хирурзите успешно да спроведуваат трансплантации и на други органи, ткива и клетки.

Оттаму, сета оваа експанзија на идејата за органодарителството добива нова димензија кон која се стремат врвните хирурзи и чија стапка на успешност е сè поголема, а со тоа и бројот на излекувани пациенти. Овој подем води кон потребата во 1977 година Југоисточната фондација за набавка на органи на Америка да воведо компјутерска збирка на податоци, чија цел е да се зголеми ефикасноста на пронаоѓањето компатибилни органи кај приоритетни реципиенти од која било институција, а тоа служи за пример и на европско тло да се воведо ваков вид непрофитна институција именувана како Меѓународна фондација – Еуротрансплант.

Педесетина години подоцна, формирани се и останати здруженија од ваков вид што успешно функционираат и продолжуваат да ја подигнуваат свеста за потребата од органодарителство. Меѓутоа, се поставува прашањето што е потребно да се преземе од аспект на воведување правна рамка со цел овие меѓународни и национални здруженија непречено и континуирано да функционираат?

2. ПРАВНА РАМКА СО КОЈА СЕ УРЕДУВААТ ПРАВАТА НА ДАРИТЕЛИТЕ НА ОРГАНИ, ТКИВА ИЛИ КЛЕТКИ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЈА

Од правен аспект, целокупниот процес на трансплантација на органи, ткива или клетки во својата суштина е оправдано сложен и подложен на бирократски процедури што се неопходни за да се задоволат трите етички принципи при органодарителството: опслужување на крајната цел, праведност и почитување на човечкото битие. Оваа премиса е клучна при креирањето акти и стратегии со која детално ќе се утврди процедурата, бидејќи нивната цел е да ги штитат правата на сите засегнати страни. Како што органодарителството зазема сè поголем подем, се јавува потребата за уредување на правните прашања што произлегуваат од него, и тоа, во меѓународното, европското и националното право.

2.1 Правната рамка во меѓународното право

Меѓународното право за човекови права предвидува различни инструменти за заштита на човековите права, како што се декларации и конвенции. Во конкретниот случај, вреди да се спомене дека Универзалната декларација за човековите права (Universal Declaration of Human Rights, UNITED NATIONS, 1948), донесена од страна на Генералното собрание на Обединетите нации, во членот 4 предвидува широка дефиниција со која изречно ја забранува трговијата со робови во секоја форма. Следејќи ја правната аналогија што произлегува од декларативната формулација на овој член, а применувајќи ја во случајот што е предмет на разгледување, може да се дојде до заклучок дека трговијата со робови, кои се чуваат исклучиво или, пак, меѓу другите цели, и за трговија со органи, е строго забранета и се смета за грубо кршење на човековите права.

Тргувајќи од правното дејствие на овој член, се доаѓа до заклучок дека примарната цел на актите со кои се уредува органодарителството е да ги заштити засегнатите страни од евентуална злоупотреба во процесот на пресадување органи, ткива или клетки. Во таа насока, меѓународното право ги препознава Принципите за трансплантација на човечки клетки, ткива и органи утврдени со Декларацијата од Истанбул од 2008 година за спречување трговија со органи и трансплантациски туризам, според која:

1. Националните влади, во соработка со меѓународни и невладини организации, треба да развијат и да имплементираат сеопфатни програми за скрининг, превенција и третман за процесот на донирање на органите и неговата евентуална злоупотреба;

2. Неопходно е развивање и имплементирање законодавство кај секоја земја со цел регулирање на процесот на дарување органи од починати и живи донатори, како и практиката на трансплантација во согласност со меѓународните стандарди;

3. Органите за трансплантација треба да бидат рамноправно распределени на соодветни реципиенти, без оглед на полот, етничката припадност, религијата или социјалниот или економскиот статус;

4. Примарната цел на политиките и програмите за трансплантација треба да биде оптимална краткорочна и долгорочна медицинска нега за промовирање на здравјето и на донорите и на примателите;

5. Сите страни треба да се стремат да постигнат степен на свесност за донирањето органи преку обезбедување доволен број органи за жителите што имаат потреба од земјата, во домашни рамки или преку регионална соработка и

6. Трговијата со органи и туризмот за трансплантација ги прекршуваат принципите на правичност, правда и почитување на човечкото достоинство и треба да бидат забранети. Бидејќи комерцијализмот на трансплантација ги таргетира сиромашните и инаку ранливите донатори, тој незапирливо води кон нееднаквост и неправда и треба да биде забранет. Затоа, се повикуваат земјите по секоја цена да спречат купување и продавање човечки органи за трансплантација.

2.2 Правната рамка во правото на ЕУ

Почитувајќи ги начелата на европското јавно право, тргнувајќи од потребата да се заштитат правата на пациентите и да се спречат секакви злоупотреби кога е во прашање трансплантацијата на органи, како и да се воспостави механизам на размена на органи од компатибилни органи со цел побрза и поефикасна процедура, Европскиот парламент во јули 2010 година ја носи Директивата 2010/45/EU за стандардите на квалитетот и безбедноста на човечки органи наменети за трансплантација, каде што детално ги уредува прашањата поврзани со начинот на размена на компатибилни органи помеѓу граѓаните на земјите членки при утврдувањето единствена ранг-листа на приоритетни реципиенти. Врз основа на оваа Директива, донесени се повеќе акциски планови и креирани се политики во насока на подигнување на свеста кај луѓето за донирање органи, но и во контекст на заштитата на правата на реципиентот и дарителот.

Меѓу другото, вреди да се спомене дека во Директивата 2010/45/EU изречно е наведено дека процесот на пресадување органи, ткива или клетки може да се изведе единствено во здравствени установи што се контролирани од страна на државите, ставајќи посебен акцент на тоа дека изведувањето ваков вид зафати во приватизирани установи каде што државата има намален или воопшто нема воспоставено механизми на контрола е најстрого забрането. Во таа насока е донесен и Водичот за имплементација на принципот на забрана на финансиска добивка, почитувајќи го човечкото тело и неговите делови од живи или починати дарители, донесен од страна на Советот на Европа. Меѓутоа, се поставува прашањето зошто овој Водич е толку значаен и зошто почитувањето кон него има задолжителен карактер од страна на земјите членки, како и од страна на земјите кандидатки за членство, каква што е и Република Северна Македонија.

2.3 Правната рамка во националното право

Во домашното позитивно право, трансплантацијата на органи во поглед на нејзиното изведување е опфатена во членот 29 од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/2012), кој претставува *lex generalis* и според кој таа се врши само во рамките на здравствената мрежа на установи каде што пациентите не ги плаќаат здравствените услуги со лични средства.

Дополнително, во 2016 година, Собранието на Република Македонија го усвојува Законот за Центар за извонредност на трансплантациона медицина и хируршки болести („Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/2016), со кој се предвидува формирање единствена Универзитетска клиника за трансплантација на органи и ткива и хируршки болести, како Центар за извонредност во кој се вршат трансплантација и напредни хируршки интервенции. Нејасно е зошто седум години по донесувањето на овој Закон, ваквиот вид јавна здравствена установа не е формирана, иако во Република Северна Македонија сè повеќе станува актуелно прашањето на донирање органи по големиот број успешно изведени пресадувања органи, ткива и клетки.

Сепак, иако Република Северна Македонија е земја што се стреми кон членство во Европска Унија и напорно работи на хармонизирањето на домашното законодавство со европското, во ноември 2021 година, од страна на Министерството за здравство на Република Северна Македонија се започнува иницијатива за измена и дополнување на членот 29 од Законот за здравствената заштита, преку која се бара изземање на ограничувањето дејноста на земање и пресадување делови од човечкото тело заради лекување да биде извршена единствено во рамките на здравствената мрежа и за неа да се опфати можноста да се изведе во установи надвор од здравствената мрежа, каде што пациентите би ги платиле услугите со лични средства.

Иако оваа иницијатива веднаш беше отфрлена од страна на законодавниот дом бидејќи директно ја загрози хармонизацијата на домашното со европското законодавство, не смее на ниту еден начин да се потценат правните дејствија што измените и дополнувањата во законот би ги предизвикале во насока на тргување со човечки органи, особено што законодавецот мора да постапи согласно зачувување на човековите права и никако да не предизвика, директно или индиректно, нивно злоупотребување.

Трансплантационата медицина, освен со овие два акта, во домашното законодавство е уредена и со Законот за земање и пресадување делови на човечкото тело заради лекување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 47/2011), кој претставува *lex specialis* и во моментот на неговото донесување предвидува и кривични дела поврзани со прекршувањето на законските одредби, како и трговијата со органи. Со донесувањето на новиот Кривичен законик, овие одредби се изземени и се вметнати во законикот како збирка или класификација на сите кривични дела.

2.3.1 Тивко прекршување на Законот за земање и пресадување делови на човечкото тело заради лекување

Законот за земање и пресадување делови на човечкото тело заради лекување ги препознава следните делови од човечкото тело, кои се вклучени и во насловот на овој труд, а тоа се: органи, ткива и клетки. Под клетки, во законска смисла на зборот, се подразбира поединечни човечки клетки или збир на човечки клетки кога не се поврзани во која било форма на сврзно ткиво, вклучувајќи и крвотворни матични клетки. Дополнително, би дале појаснување дека крвотворни матични клетки се клетки што се земени од издвоена папочна врвца на живородено дете во првите минути по неговото раѓање.

Законот, повикувајќи се на членот 29 од Законот за здравствената заштита, во членот 30 наведува дека:

Земање, пресадување и размена на органи врши само здравствена установа што здравствената дејност ја врши во мрежата на здравствени установи и на која за вршење на тие дејности во согласност со одредбите од овој закон ѝ е дадено овластување од министерот за здравство.

Повикувајќи се на претходно образложеното, како и на правната логика, може да се дојде до заклучок дека крвотворните матични клетки како примерок може да бидат земени од издвоена папочна врвца на живородено дете единствено во здравствени установи во мрежата!

Сведоци сме дека во Република Северна Македонија, при чинот на породување во приватните клиници што нудат таков вид на услуги, често се нудат услуги од приватни економски оператор за земање примероци од крвотворни матични клетки на живородени бебиња со цел понатамошно складирање и чување на одреден временски период кај регистрирани фирми што се занимаваат со таков вид дејност. Со оглед на тоа што оваа практика е присутна како услуга на домашниот пазар подолг временски период, а континуирано се извршува и во приватните здравствени установи што не се дел од мрежата, доаѓаме до заклучок дека се врши тивко прекршување на законот. Со цел целосна хармонизација на домашното законодавство со меѓународното право, како и спречување на појавата на колизиони норми, неопходно е усогласување на законските прописи со реалната фактичка состојба, но и изземање на земањето крвотворни матични клетки од живородено бебе од законот.

3. ТЕНКАТА ЛИНИЈА ПОМЕЃУ ПРАВАТА И ЗЛОУПОТРЕБИТЕ НА ДАРИТЕЛИТЕ

Досега, во овој труд беа изнесени фактички тврдења околу процесот, историскиот развој и правната рамка со која се уредува материјата на донирање и пресадување органи, ткива и клетки за трансплантација. Но, колку и да звучи идеално, првата помисла на секоја личност кога ќе се спомне трансплантацијата на органи е нејзината злоупотреба. И покрај вложениот напор и труд, многу е тешко да се одвои хуманиот чин на донирање органи од крајно нехуманата и грозоморна асоцијација на трговијата со органи што потекнува од страшните примери низ поновата светска историја, но и низ историјата на Балканот.

Па така, според официјалните извештаи на Интерпол, се проценува дека околу 10 % од вкупниот број извршени трансплантации на органи се дел од нелегалната трговија со органи. Трансплантацискиот туризам е во најголем подем во неразвиените општества со висок праг на сиромаштија и низок праг на образование, како што се западна и северна Африка и делови од Азија. Дури ни тлото на Европа не е изземено од појавата на овој грозоморен чин што е високоразвиен во источноевропските земји, додека, пак, ни Балканот не смее да ја заборава монструозната жолта куќа на територијата на Албанија што во текот на деведесеттите години служеше како фарма за одгледување органи, во која беа брутално убиени стотици етнички Срби.

За да се разбере злоупотребата на дарителите на органи, неопходно е да се навлезе во суштината на целокупниот процес, кој ќе биде објаснет во следните потточки.

3.1 Процес на изразување на волјата за донирање органи

Во зависност од моментот на изразување волја за донирање органи, разликуваме два вида дарители: 1) жив дарител, кој волјата ја изјавува во свое име и за своја сметка или, пак, доколку станува збор за малолетно лице под 16 години или, пак, лице што не е деловно способно, во негово име и за негова сметка ја изјавува родител, старател или правен застапник и 2) починат дарител, чија волја ја изјавуваат член или членови на семејството или, пак, правен застапник во негово име и за негова сметка. Начинот на изјавување на волјата за донирање органи кај живите дарители се дава во строго утврдена писмена форма, како слободна и свесно изразена волја заверена кај надлежен нотар, која се депонира во медицинското досие на дарителот кај избраниот лекар. Кај починатиот донор, пак, делови од телото на починато лице заради пресадување може да се земат доколку починатото лице за време на животот изречно писмено, со изјава заверена на нотар не се спротивставило на тоа.

По исклучок, нема да се земат делови од телото на починато лице заради пресадување доколку двајцата живи родители, односно посвоители, брачниот другар, старателот или мнозинството од живите полнолетни деца најдоцна шест часа од констатирањето мозочна смрт дадат писмена изјава дека не се согласуваат делови од телото на починатото лице да бидат земени заради пресадување, при што како мнозинство од полнолетни деца ќе се сметаат изјавите на сите деца, доколку починатото лице има едно или две живи деца, односно мнозинство од живите деца, доколку има повеќе од две живи деца. Во секој случај, постои можност оваа согласност да биде отповикана во секој момент.

3.2 Правата на дарителот и реципиентот пред, за време на, и по пресадувањето и (не)информираноста како пречка при изразувањето на волјата да се биде органодарител

Иако Законот за земање и пресадување делови на човечкото тело заради лекување детално ја утврдува процедурата на дарување органи од формално-правен аспект, Законот, како единствен од овој вид, не навлегува во делот на утврдување на правата и обврските на страните, особено од аспект на тоа што станува збор за *sui generis* однос што во ниту еден случај не може да се категоризира како облигаторен! Недостигот на утврдувањето на правата и обврските, како и сувопарноста на донесениот законски акт, каде што суштински не се навлегува во прецизно утврдување на меѓусебните права, но и уредување на меѓусебниот однос, доведува до несигурност кај пошироката маса, па поради тоа и строго се избегнува.

Целокупната несигурност што владее при овој процес не резултира со давање доверба, па поради тоа и голем број потенцијални дарители избегнуваат да се одлучат за изјавување волја да се јават како дарители во случај на нивна прерана смрт. Истражувањата покажуваат дека граѓаните не се одлучуваат да депонираат писмена согласност со која ќе станат дарители единствено од страв на отсуство од позитивна клима каде што се почитуваат личните податоци, па се јавува страв од насилна смрт со цел трговија на органи под превезот на поднесена изјава под слободна волја, иако Законот за земање и пресадување делови на човечкото тело заради лекување повикува на строго почитување на прописите за заштита на класифицирани информации и заштита на личните податоци.

3.3 Зошто е од суштинско значење трансплантациите да се вршат единствено во здравствени установи во мрежата?

Со само мало невнимание предизвикано од која било страна, процесот на донирање органи може да подлежи на евентуална злоупотреба или повреда на човековите права. Без оглед на тоа дали оваа злоупотреба е настаната од страна на медицинскиот персонал во смисла на лекарска грешка или, пак, злоупотреба на личните податоци, може да дојде до компромитирање на целокупниот процес. Затоа, од суштинско значење е овој процес да биде под строга контрола на државата, со цел да не настане груба злоупотреба причинета од внимание или невнимание.

Со цел успешно вршење контрола и воспоставување строги механизми, неопходно е овие зафати да се вршат единствено во здравствени установи во мрежата, за кои веќе беше напоменато дека се јавни здравствени установи. Приватните здравствени установи, според својата суштина, се установи каде што се обезбедува здравствена заштита за одредена цена што пациентите ја плаќаат своеволно, па од таа причина, а особено хуманиот аспект на чинот, овие установи не би можеле да ја вршат дејноста на пресадување органи, бидејќи секое плаќање за дел од човечко тело има елементи на кривичното дело „Трговија со органи“. На овој начин ќе се предизвика побогатите пациенти да имаат предност пред оние на кои им е неопходен одреден орган, ќе се наруши националната листа на чекање и директно ќе се предизвика т.н. медицински туризам.

3.4 Потреба од членство во меѓународни организации за размена и набавка на органи, ткива и клетки како решение за спасување поголем број човечки животи

Во моментот, во рамките на европските држави функционира непрофитна организација именувана како Еуротрансплант, која се занимава со контролирана набавка на органи помеѓу нејзините држави членки. Целта на оваа организација е размена на органи, ткива или клетки помеѓу компатибилни реципиенти каде што на побрз и поедноставен начин ќе се зголеми ефикасноста на трансплантациите, а со тоа и нивната успешност. Оваа организација брои голем број членки, меѓу кои и држави од регионот, а членството во неа може да се изведе преку едноставна процедура на зачленување. За жал, до овој момент, иако властите од ресорните министерства се информирани за можноста за членство во оваа организација, сè уште нема волја да се започне постапката за членство.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Врз основа на сето погоре наведено, може да се дојде до следниот заклучок и да се дадат следните препораки:

Иако Република Северна Македонија активно напредува на полето на трансплантационата медицина, сè уште нема строго утврдена правна рамка со која ќе се уреди предметот на материјата. Постојните акти се често подложни на измени и дополнувања, што предизвикува несигурност и недоверба при нивното применување, но и постоење колизиони норми. Приватното здравство има голем подем поради успешноста, а големиот број стручен медицински персонал врши трансфер од јавното во приватното здравство бидејќи се нудат подобри услови за работа, па со тоа се стекнуваат и капацитети за лобирање оваа гранка на медицината да се нуди и од страна на приватните здравствени установи. Сето тоа ја поттикнува несигурноста кај граѓаните да изјават волја да станат дарители на органи.

Од друга страна, пак, постои и многу низок степен на информираност во јавноста за начинот, постапката, правата и обврските при стекнувањето статус „дарител на органи“. Недоволниот интерес, стравот на граѓаните и слабата информираност придонесуваат поретко да се јават кандидати за донирање органи, а тоа резултира со помал број оперативни зафати.

Иако постои реална можност за членство во меѓународни организации што нудат поддршка при подигнувањето на свеста, како и размена на органи, Република Северна Македонија преку своите надлежни власти не покажува интерес за членство, а сè уште не е формиран ни Центарот за извонредност на трансплантационата медицина и хируршки болести.

Со цел зајакнување на правната рамка со која се уредува оваа материја, неопходно е законодавецот да донесе нов акт наместо да врши чести измени и дополнувања на постојниот, со кој ќе утврди строги процедури и ќе ги утврди односот помеѓу дарителот и реципиентот, нивните права и обврски. Властите во ниту еден случај не смее да поткликнат на барањата на приватно-здравствените установи со кои ќе им се даде право да вршат пресадување органи, бидејќи во тој случај, побогатите пациенти ќе котираат повисоко на листите на чекање органи. Напротив, мора да се работи на зајакнување на јавното здравство со цел поголема успешност во делот на трансплантационата медицина, а истовремено и конечно формирање на Центарот за извонредност на трансплантационата медицина и хируршки болести.

Неопходно е и започнување на членството во организации како што е надлежната Еуротрансплант, каде што, поучени од членките со поголемо искуство, би можеле да влијаеме врз подобрувањето на информираноста на јавноста, со цел зголемување на интересот за трансплантационата медицина.

На крајот, поради големиот интерес за чување крвотворни матични клетки, во отсуство на домашен економски оператор што би извршувал дејност за чување матични клетки за пресадување, би можело да се влијае за формирање установа што ќе го врши овој процес, со цел да се намалат трошоците на граѓаните за овој вид услуги, и тоа преку механизмот на јавно-приватно партнерство каде што државата би се јавила во улога на контролор на целокупниот процес.

Трансплантационата медицина е во сè поголем подем, а Република Северна Македонија може да се пофали со завиден број успешно извршени трансплантации. Хуманоста и човечкиот живот се бесценети и затоа нашата задача е да обезбедиме услови следејќи ги дадените препораки за воспоставување позитивна клима кога станува збор за вршење донирање органи, ткива или, пак, клетки и да се потрудиме да ги заштитиме правата на сите вклучени во овој процес.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Директива 2010/45/EU (Directive 2010/45/EU of the European Parliament and of the Council of 7 July 2010 on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation);
- Закон за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/2012);
- Закон за земање и пресадување делови на човечкото тело заради лекување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 47/2011);
- Закон за Центар за извонредност на трансплантациона медицина и хируршки болести („Службен весник на Република Македонија“ бр. 37/2016);
- Nordham, D. Kristen (2021) “The history of organ transplantation”, published online: 19 Oct 2021, достапно на: <https://www.tandfonline.com/>, пристапено на: [28.12.2022];
- Предлог-закон за измена и дополнување на Законот за здравствената заштита, достапно на: <https://ener.gov.mk>, пристапено на: [25.12.2022];
- Принципи за трансплантација на човечки клетки, ткива и органи утврдени со Декларацијата од Истанбул (Declaration of Istanbul, Istanbul Summit on Organ Trafficking and Transplant Tourism held from 30th of April until 1st of May 2008 in Istanbul, Republic of Turkey, 2008);
- Универзална декларација за човековите права (Universal Declaration of Human Rights, UNITED NATIONS, 1948).

НЕСОВЕСНО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ КАКО ПОВРЕДА НА ПРАВОТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Моника Здравкова

РЕЗИМЕ

Медицината е наука што постојано напредува и во однос на примената на нови методи на лекување. Некоје лекување може да биде успешно, а некое не. Некои од неуспешните лекувања се резултат на лекарска грешка. Во изминатиов период, лекарската грешка е прилично актуелна тема во Република Северна Македонија. Изминатиов период постојано сме соочени со сензационалистички и вознемирувачки наслови за лекарски грешки и несовесни лекарски постапки. Вакви настани, помалку или повеќе, упатуваат на одговорноста на лекарите при нивното работење. Но, секоја ваква вест не значи лекарска грешка. Од таа причина, намената на овој труд е попрецизно утврдување на одговорноста на лекарите при примената на очигледно неподобно средство или начин на лекување што може да доведе до влошување на здравствената состојба на некое лице. Затоа, од голема важност е да се утврди што сè може да се подведе под „Несовесно лекување болни“.

Лекарската грешка е инкриминирана како кривично дело и индиректно претставува повреда на правото на здравствена заштита како уставно загарантирано право на секој човек.

Клучни зборови: лекар, лекарска грешка, здравје, повреда, несовесно лекување болни, кривично дело.

ВОВЕД

Човековите права и слободи се темел на секое демократско општество. Уставот на Република Северна Македонија¹¹ во членот 9 ја гарантира еднаквоста на граѓаните во слободите и правата.¹² Имено, од правото на еднаквост произлегува дека и правото на здравствена заштита е право што го ужива секој граѓанин и кое треба да му биде достапно под еднакви услови. Во таа насока, правото на здравствена заштита е пропишано во членот 39 од Уставот, според кој: „На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да го чува и да го унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.“ Оттука, здравствената заштита е предвидена и како право и како должност на секој граѓанин. Меѓутоа, ова право и должност треба посебно да се нагласи кога се анализира од аспект на лекарите и другите здравствени работници како професионалци во оваа област.

Изминатиов период читаме вести поврзани со лекарска грешка, на пример, „25-годишно момче починало од сепса по дренажа на заб – вонреден инспекциски надзор во штипската болница“¹³, „Директорот на струшката болница ќе добие кривична откако родилка остана без бубрег, матка и јајник при породување, се правда – оперирал совесно“¹⁴, „Докторка ќе одговара за смртта на малиот Илче: Не го прегледала, го лекувала телефонски и го оставила да умре од дехидрираност“¹⁵, но не значи дека секој од тие наслови укажува на постоење лекарска грешка. Понекогаш и лекарите може да згрешат, а резултатот од тоа е нарушување на здравјето на некое лице што е пациент. Лекарската грешка во правото е инкриминирана, поточно претставува кривично дело „Несовесно лекување болни“ и таа е пропишана во членот 207 од Кривичниот законик.¹⁶

Во трудот нормативно ќе се анализира правото на здравствена заштита со цел утврдување на лекарската грешка како повреда на тоа право, а потоа и поимот лекарска грешка. Понатаму, преку законското битие на кривичното дело „Несовесно лекување болни“ ќе се утврди на кој начин тоа претставува повреда на правото на здравствена заштита.

Во врска со овие прашања, во трудот ќе биде разгледана и практиката на Европскиот суд за човекови права, бидејќи претставува извор на право во оваа област на интерес, а студијата на случај дополнително ќе помогне во увидот на последиците од несовесното лекување болни.

¹¹ Во натамошниот текст: Уставот.

¹² Устав на Република Северна Македонија, „Службен весник“ број 52/1991 со сите последователни измени, чл. 9 ст. 1 и ст. 2 – Граѓаните на Република Македонија се еднакви во слободите и правата независно од полот, расата, бојата на кожата, националното и социјалното потекло, политичкото и верското уверување, имотната и општествената положба. Граѓаните пред Уставот и законите се еднакви.

¹³ <https://sitet.com.mk/25-godishno-momche-pochinalo-od-sepsa-po-drenazha-na-zab-vonreden-inspekckiski-nadzor-vo-shtipskata>

¹⁴ <https://www.slobodenpecat.mk/direktorot-na-strushkata-bolnicza-ke-dobie-krivichna-otkako-rodilka-ostana-bez-bub-reg-matka-i-jajnik-pri-poroduvane-se-pravda-operiral-sovesno/>

¹⁵ <https://www.mkd.mk/makedonija/sudstvo/doktorka-kje-odgovara-za-smrtta-na-maliot-ilche-go-lekuvala-telefonski-i>

¹⁶ Кривичен законик, „Службен весник на Република Македонија“ број 37/1996 со сите последователни измени, чл. 207 ст.1 – Лекар што при укажување лекарска помош ќе примени очигледно неподобно средство или начин на лекување или нема да примени соодветни хигиенски мерки или воопшто несовесно постапува и со тоа ќе предизвика влошување на здравствената состојба на некое лице ќе се казни со парична казна или со казна затвор до три години.

ПРАВОТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СОГЛАСНО ЕВРОПСКАТА КОНВЕНЦИЈА ЗА ЗАШТИТА НА ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА И УСТАВОТ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Правото на здравствена заштита е дел од Европската конвенција за заштита на човековите права. Меѓународното право и меѓународните договори ратификувани во согласност со Уставот се дел од внатрешниот поредок и не може да се менуваат со закон¹⁷, па следствено и Европската конвенција за заштита на човековите права како меѓународен правен документ е дел од нашиот систем на правни правила. Оваа меѓународна конвенција, иако индиректно, го уредува правото на здравствена заштита преку одредбата за правото на живот во членот 2 од Конвенцијата.¹⁸ Со оглед на тоа дека правото на здравствена заштита е тесно поврзано со правото на живот, јасно може да се заклучи дека членот 2 од Конвенцијата упатува на почитување на сите човекови права и основни слободи, вклучувајќи го и правото на здравствена заштита. Резимирано, правото на здравствена заштита е право што го уживаат сите граѓани и тоа се црпи од регулирањето на правото на живот како неприкосновено човеково право.

Република Северна Македонија го регулира правото на здравствена заштита најпрво општо, како едно од човековите права во рамките на текстот на Уставот, а потоа и во законите и подзаконските правни акти. Поаѓајќи од Уставот, како највисок правен акт, правото на здравствена заштита е определено како право што му припаѓа на секој граѓанин.¹⁹ Притоа, чувањето на сопственото здравје и здравјето на другите, освен што е право, претставува и должност на секој граѓанин. Оттука, се поставува прашањето: Ако секој граѓанин е должен да го чува сопственото здравје и здравјето на другите, зар доверувањето нечие здравје во рацете на професионалци не треба да се сфати како поголема одговорност?

Логично е дека лекарот најдобро би ги знаел начините на чување и унапредување нечие здравје. Но, не е невозможно понекогаш да се случи и лекарот како професионалец да направи грешка. Затоа, лекарската грешка не може да се земе како незначителен проблем, особено кога таквата грешка е причина за влошувањето нечија здравствена состојба или настапување смрт.

ПОИМОТ ЛЕКАРСКА ГРЕШКА

Грешката е резултат на некое човеково дејствие. Човековите дејствија може да бидат активни и пасивни. Следствено, лекарската грешка претставува дејствие на лекарот, кое може да биде активно или пасивно дејствие. Лекарската грешка е неуспех на лекарот да го употреби степенот на грижа и вештина што би го користел лекар или хирург од иста медицинска специјалност под слични околности.²⁰ Од дефиницијата произлегува дека лекарската грешка подразбира несовесно постапување на лекарот како стручно лице. Ова упатува на тоа дека лекарот би требало во слични ситуации да постапува на сличен начин и да применува слични методи на лекување, притоа имајќи ја предвид здравствената состојба на секој пациент поединечно.

Всушност, несовесноста значи дека и едно мало невнимание во однос на лекувањето некое лице може да доведе до лекарска грешка. Но, само оние грешки во сферата на здравството, чија последица е влошување на здравствената состојба на некое лице, претставуваат лекарска грешка.

¹⁷ Устав на Република Северна Македонија, чл. 118.

¹⁸ Европска конвенција за заштита на човековите права и основни слободи, Совет на Европа 1950 година, чл. 2 ст. 1 – Правото на живот на секој човек е заштитено со закон. Никој не може намерно да биде лишен од живот, освен со извршување смртна казна, изречена со судска пресуда, со која е прогласен за виновен за кривично дело кое, според законот, се казнува со таква казна.

¹⁹ Устав на Република Северна Македонија, чл. 39

²⁰ Garner, Bryan A. Black's Law Dictionary. 8th edition. editor in Chief p. 3043 and p. 3115

КРИВИЧНОТО ДЕЛО „НЕСОВЕСНО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ“ СОГЛАСНО КРИВИЧНИОТ ЗАКОНИК НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Лекарската грешка е санкционирана преку кривичното дело „Несовесно лекување болни“ од членот 207 од Кривичниот законик. Имено, кривичното дело е поведење на човекот што законодавецот, оценувајќи го како опасно за општеството, го предвидува како кривично дело, пропишувајќи казна или друга кривична санкција за неговиот виновен сторител.²¹ Во оваа насока, лекарската грешка претставува општествено опасно поведење на лекарот што законодавецот го предвидел како кривично дело „Несовесно лекување болни“ и за него пропишал казна или друга кривична санкција за виновниот сторител.

За постоење на кривичното дело „Несовесно лекување болни“, неопходно е кумулативно да бидат исполнети сите елементи на законското битие на ова кривично дело. Доколку недостасува барем еден од елементите на законското битие, секогаш ќе постои дилема дали таквото дејствие на лекарот може да се квалификува како несовесно лекување болни и дали за лекарот може да постои кривична одговорност.

Несовесното лекување болни е најмаркантно меѓу т.н. лекарски казнени дела.²² Анализирајќи го текстот на членот 207 од Кривичниот законик, на несомнен начин може да се утврди дека ова кривично дело спаѓа во групата *delicta propria* (специјални кривични дела). Значи, не може секое лице да го стори ова кривично дело. Извршител на делото може да биде само лекар или стоматолог.²³ Во двата случаја станува збор за лице што дипломирало на медицински или стоматолошки факултет, односно лице што поседува знаења и вештини од областа на медицината или стоматологијата и со помош на тие знаења и вештини може да придонесе за лекувањето на некое друго лице. Ова значи дека активниот субјект секогаш е лекар или стоматолог.

Од називот на кривичното дело јасно е дека како пасивен субјект се појавува болно лице. Но, всушност, законската одредба е од генерален карактер, имајќи предвид дека законодавецот го користи терминот „некое лице“, а не „болно лице“ или „болни“. Ваквиот пристап произлегува од еднаквоста на правото на здравствена заштита. Имено, правото на здравствена заштита се однесува на сите лица, независно дали станува збор за здраво или болно лице. Затоа употребата на овој неодреден термин „некое лице“ е правилна, бидејќи пасивен субјект може да биде секое лице врз кое е применета одредена медицинска интервенција, како болен, така и здрав човек (крводарител, донатор на орган за трансплантација, примател на вакцина, бремена жена и слично).²⁴

²¹ Марјановиќ, Ѓ. Каневчев, М. Македонско кривично право – општ дел. Осмо, изменето и дополнето издание, Скопје, 2016 стр. 98-99.

²² Камбовски, В. Тупанчески, Н. Казнено право – посебен дел. Петто, изменето и дополнето издание, Скопје, 2011 стр. 243; Камбовски, В. Коментар на Кривичниот законик на РМ – интегрален текст, Скопје, 2011, стр.

²³ Камбовски, В. Тупанчески, Н. Казнено право – посебен дел (2011) стр. 245.

²⁴ Гајдова, Г. КАЗНЕНО ДЕЛО „НЕСОВЕСНО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ“ (чл. 207 од КЗ) – ОБЈЕКТ НА ЗАШТИТА И ПАСИВЕН СУБЈЕКТ НА ДЕЛОТО 1.04 Стручна статија. УДК 179.7:316.624 179.7(497.7)“1994/2019“ стр. 6

Следен елемент на ова кривично дело е дејствието на извршување. Дејствие на извршување е несвесното постапување.²⁵ Со оглед на тоа дека извршител на ова кривично дело може да биде само лекар или стоматолог, за постоење на ова кривично дело релевантна е само примената на очигледно неподобно средство или начин на лекување од страна на лекарот или стоматологот при укажување медицинска помош. Под очигледно неподобно средство или начин на лекување се подразбира примена на средство или начин што значително отстапува од правилата за нивна примена.²⁶

Меѓутоа, медицината е наука со постојан прогрес, па затоа понекогаш се јавува и потреба од примена на нови методи на лекување. Колку е потешка состојбата на болниот, а помала можноста за излекување или подобрување на неговата здравствена состојба со употреба на испробани методи и средства, толку ќе биде поголема оправданоста за примена на нови, иако сè уште недоволно испитани методи и средства за лекување.²⁷ Ова упатува на тоа дека во случаи кога е речиси невозможно да се дојде до позитивен резултат и подобрување на здравствената состојба на пациентот, оправданоста на употребата на нов метод на лекување би била поголема со оглед на тоа дека должност на секој лекар е да се грижи за здравјето на болните. Лекарот е должен, во согласност со својата стручна оспособеност, да дава итна медицинска помош и да се грижи за натамошна нега на загрозеиот човек.²⁸ Должност на лекарот е до крајни граници, утврдени со медицинската наука, да се бори за одржување на болниот во живот.²⁹

Крајната граница помеѓу совесноста, односно несвесноста се правилата на медицинската наука. Овие правила се насочени кон најдобриот интерес на пациентот. Затоа, логично е дека лекарот во секој случај посебно треба да ги изнајде оние начини на лекување што се најповолни и што придонесуваат за подобрување на здравствената состојба на пациентот.

Откако го утврдиме дејствието на извршување, следниот чекор е утврдување на начинот на извршување на ова кривично дело. Несвесното лекување болни може да биде извршено со умисла или од небрежност.³⁰ Имено, се казнуваат умисленото и небрежното извршување на делото.³¹ Иако називот на делото упатува на постоење небрежност, сепак законодавецот предвидел казнување и на умислено вршење на делото. Меѓутоа, умислата не треба да се сфати во насока дека лекарот свесно сакал да ја влоши здравствената состојба на пациентот. Напротив, умислата во конкретниот случај треба да се однесува на свеста и волјата на лекарот во однос на неговата несвесност, а не на влошувањето на состојбата на пациентот. Кога сторителот би одел директно кон тоа да ја влоши здравствената состојба на пациентот, би постоело делото на телесно повредување или убиство.³² Ова значи дека во таква ситуација, лекарот ќе одговара за друго кривично дело што има друго законско битие и за кое е пропишана друга кривична санкција. Освен тоа, свесното сакање да се влоши здравствената состојба на пациентот се коси со етичките правила на професијата лекар или стоматолог. Последица на делото е влошување на здравствената состојба на пациентот, манифестирана како нарушување на неговото здравје, продолжување на времетраењето на болеста и слично.³³

²⁵ Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел (2011) стр. 244; Камбовски, В., Коментар на Кривичниот законик на РМ (2011) стр. 857.

²⁶ Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел (2011) стр. 244.

²⁷ Гајдова, Г. (2019) стр. 3.

²⁸ Кодекс на медицинската деонтологија, член 6, достапен на: <https://bit.ly/41IVVFN>

²⁹ Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел (2011) стр. 245.

³⁰ Камбовски, В., Коментар на Кривичниот законик на РМ (2011) стр. 859.

³¹ Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел (2011) стр. 245.

³² Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел (2011) стр. 245; Камбовски, В., Коментар на Кривичниот законик на РМ (2011) стр. 858.

Може да заклучиме дека лекарската грешка, за да повлече кривична одговорност како најтежок облик на одговорност, преточена во казненото дело „Несовесно лекување болни“, нужно е да бидат исполнети сите наведени законски елементи.³⁴ Само во таква ситуација лекарот сноси кривична одговорност во случај на фатален исход од некоја интервенција. При недостасување некој од елементите на ова кривично дело, секогаш треба да се разгледа и можноста дали во конкретниот случај постои друго кривично дело или, пак, воопшто не станува збор за некакво кривично дело.

ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕСОВЕСНОТО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ

Во јавноста постојано се зборува за случаи во кои: 25-годишен пациент починал по интервенција на заб, лекар отстранил матка, јајник и бубрег кај родилка, лекарка не го прегледала, телефонски лекувала и оставила да умре од дехидрираност 11-годишно момче, кај пациенти болни од вирусот КОВИД-19 бил применет недоволно испитан метод со примена на хемофилтрација итн.³⁵ Во сите овие случаи постои дејствие на лекар или стоматолог и во сите случаи постојат последици изразени во вид на влошување на здравствената состојба на болниот или настапување смрт. Лаички гледано, секој од тие настани може да се квалификува како лекарска грешка, но суштината на лекарската грешка се состои во постоењето на причинско-последичната поврзаност на човековото дејствие и последицата.

Неопходен услов за постоење на казненото дело „Несовесно лекување болни“ не е само настапувањето на штетната последица, туку штетната последица во вид на влошување на здравствената состојба на некое лице да настапи поради несовесното постапување на лекарот.³⁶ Ако несовесното лекување болни го разгледуваме од аспект на постоење два меѓусебно поврзани процеси на акција и реакција, тоа значи дека влошената здравствена состојба на некое лице треба да биде реакција на претходно преземено човеково дејствие, односно несовесно постапување на лекарот. Ова укажува на поврзаноста на влошената здравствена состојба како резултат на примената на неподобно средство или неподобен начин на лекување. Значи, неопходно е постоење каузална врска помеѓу лекарската грешка и влошената здравствена состојба на пациентот. Каузалната врска се утврдува врз основа на вештиот наод и мислење и искуствата на судската практика.³⁷ Затоа, од голема важност за постапката е постоењето вешт наод и мислење од областа на медицината, па како доказ во кривичната постапка, тој би придонел при утврдувањето на фактичката состојба и од тој наод и мислење би зависел исходот на постапката.

НЕСОВЕСНО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ КАКО ПОВРЕДА НА ПРАВОТО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Откако го изанализиравме законското битие на кривичното дело „Несовесно лекување болни“, потребно е да ја увидиме и поврзаноста на ова кривично дело со правото на здравствена заштита. Поаѓајќи од тоа дека објект на заштита на кривичното дело „Несовесно лекување болни“ е здравјето на луѓето, јасно е дека здравјето на луѓето е поврзано и со уставно загарантираното право на здравствена заштита.

³⁴ Гајдова, Г. (2019) стр. 6.

³⁵ Забелешка: Со оглед на тоа дека станува збор за актуелни случаи што не се завршени со правосилна судска одлука, авторот го задржува правото да не ги коментира и тие нема да бидат предмет на анализа во овој труд.

³⁶ Гајдова, Г. (2019) стр. 4.

³⁷ Гајдова, Г. (2019) стр. 5.

Делото е конструирано како деликт на повреда, што значи дека не се инкриминирани лекарски грешки што остануваат во границите на дозволеният ризик, односно немаат таква последица.³⁸ За дозволеният ризик вообичаено лекарот е тој што го информира пациентот и за таквата хируршка интервенција потребна е согласност од страна на пациентот. Не може да стане збор за лекарска грешка доколку пациентот се согласил со можниот ризик од интервенцијата. Само онаа лекарска грешка што ќе доведе до влошување на здравствената состојба на некое лице и притоа влошувањето на состојбата ќе биде во причинско-последична врска со применетиот начин на лекување или применетото средство, ќе претставува основ за повреда на правото на здравствена заштита. Оттаму, ќе биде и основ за постоење кривична одговорност на лекарот, кој со примена на неподобно средство или начин на лекување предизвикал влошување на состојбата на некое лице.

Во судската практика е познат предметот на Европскиот суд за човекови права *Šilih v. Slovenia*.³⁹ Имено, на 3 мај 1993 година, 20-годишниот Грегор Шилих бил однесен во словенечката општа болница во Градец поради гадење и чешање на кожата. Откако бил прегледан од страна на дежурниот лекар, утврдено било дека причината за неговата состојба била алергиска реакција. Заради лекување на осипот на кожата, дежурниот лекар му дал инјекции, меѓутоа откако ги примил инјекциите, неговата состојба значително се влошила најверојатно затоа што бил алергичен на еден или на двата лека од инјекцијата. Најпрво, неговата кожа станала многу бледа, почнал да трепери и да чувствува студ, а потоа кај него се забележале и знаци на тахикардија. Лекарот му дијагностицирал анафилактичен шок. Истиот ден околу 13:30 часот Грегор бил префрлен на интензивна нега и му дале доза адреналин, но тој престанал да дише и немал пулс, па му била извршена кардиопулмонална реанимација. За кратко време неговиот крвен притисок и плус се стабилизирале, па бил приклучен на респиратор, но останал во коматозна состојба и се здобил со сериозни оштетувања на мозокот. Наредниот ден бил пренесен во Клиничкиот центар во Љубљана, каде што и починал на 19 мај 1993 година како резултат на влошената состојба поради лекарска грешка.

Уште на 13 мај, неговите родители поднеле кривична пријава до Основното јавно обвинителство во Марибор против дежурниот лекар поради несовесно лекување. Во пријавата навеле дека поради интравенската инјекција од двата лека, дежурниот лекар постапил несовесно на тој начин што употребил погрешен третман и не ги презел сите соодветни мерки за лекување откако му се влошила состојбата на нивниот син.

За утврдување кривична одговорност на дежурниот лекар поради несовесното постапување, тужителите ги искористиле сите правни средства согласно словенечкото право, а повеле и постапка пред Европскиот суд за човекови права. На крајот, Европскиот суд за човекови права утврдил повреда на правото на живот во смисла на членот 2 од Европската конвенција. Во таа насока, судот утврдил дека повредата на членот 2 од Европската конвенција била од неефикасноста на словенечкиот систем при утврдување на причината и одговорноста за смртта на синот на тужителите. Така, како резултат на лекарска грешка дошло до настапување смрт кај пациентот, кој починал од анафилактички шок поради алергиска реакција од еден од лековите составен дел на инјекцијата што му ја дал дежурниот лекар при обид да го лекува осипот на неговата кожа.

³⁸ Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел (2011) стр. 244v

³⁹ Шилих против Словенија (одлука) [ГСС] (*Šilih v. Slovenia*) decision GC брoј 71463/01, достапно на: <https://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-92142>.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Со оглед на погоре изнесеното, јасно може да се заклучи дека резултатот од лекарската грешка освен што предизвикува влошување на здравствената состојба на некое лице, предизвикува и повреда на правото на здравствена заштита на тоа лице. За постоење на кривичното дело „Несовесно лекување болни“, потребно е да бидат исполнети сите елементи што го чинат битието на ова дело. За да постои лекарска грешка, неопходен услов е постоење причинско-последична врска помеѓу применетото средство за лекување и влошувањето на здравствената состојба на пациентот. Во спротивен случај, доколку недостасува само еден од елементите на законското битие, нема да постои кривичното дело „Несовесно лекување болни“, а доколку не постои кривичното дело, нема да постои ниту кривична одговорност.

Несомнено, медицината е наука со постојан развој. Но, тоа во никој случај не смее да се толкува на начин што ќе им се дозволи на лекарите да применуваат недоволно испитани методи на лекување на пациентите. Напротив, должноста на лекарите е да го почитуваат Статутот на Лекарската комора на Република Северна Македонија⁴⁰ и да постапуваат согласно Кодексот на медицинската деонтологија,⁴¹ а стоматолозите треба да го почитуваат Статутот на Стоматолошката комора на Македонија⁴² и должноста да ја вршат согласно Кодексот на стоматолошката етика и деонтологија.⁴³ Затоа, вистинската превенција од вакви кривични дела е во рацете на членовите на Лекарската комора и Стоматолошката комора, бидејќи тие се стручните лица што ја следат работата на лекарите и стоматолозите, па така преку постојана едукација и контрола над работењето на лекарите и стоматолозите ќе може да се намалат грешките при лекувањето болни.

Од друга страна, пак, *iura novit curia* (судот го познава правото). Затоа, кога станува збор за кривичното дело „Несовесно лекување болни“ од членот 207 од Кривичниот законик, од процената на судот како познавач на правото зависи правилното утврдување на фактичката состојба и донесувањето законита одлука. Само во случај на правилна примена на материјалните и процесните правила ќе се овозможи донесување законити одлуки во иднина. Притоа, од голема важност е и судовите да постапуваат во согласност со начелото на судење во разумен рок и постапката да се спроведе без одложување и да се оневозможи секоја злоупотреба на правата што им припаѓаат на лицата што учествуваат во постапката.⁴⁴ Ова значи дека судот треба особено да внимава кога постои опасност од застарување на кривичното гонење, бидејќи во моментот кога ќе настапи застареност на гонењето, странките по сила на закон ќе го изгубат правото на изјавување редовни и вонредни правни лекови согласно Законот за кривичната постапка.

⁴⁰ Статут на Лекарската комора на Република Северна Македонија, достапен на: <https://www.lkm.org.mk/upload/documents/statut.pdf>

⁴¹ Кодекс на медицинската деонтологија, достапен на: <https://bit.ly/3o8FMcf>

⁴² Статут на Стоматолошка комора на Македонија, достапен на: <https://skm.mk/wp-content/uploads/2022/07/statut-skm-2021.pdf>

⁴³ Кодекс на стоматолошката етика и деонтологија, достапен на: <https://skm.mk/document/etichki-kodeks/>

⁴⁴ Закон за кривичната постапка, „Службен весник на Република Македонија“ број 150 од 18.11.2010 година со сите последователни измени, чл. 6 ст. 2.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Garner, Bryan A. Black's Law Dictionary, 8th edition. editor in Chief;
- Камбовски, В., Коментар на Кривичниот законик на РМ – интегрален текст, Скопје, 2011;
- Камбовски, В., Тупанчески, Н., Казнено право – посебен дел. Петто, изменето и дополнето издание, Скопје, 2011;
- Марјановиќ, Ѓ., Каневчев, М., Македонско кривично право – општ дел. Осмо, изменето и дополнето издание, Скопје, 2016;
- Гајдова, Г., КАЗНЕНО ДЕЛО „НЕСОВЕСНО ЛЕКУВАЊЕ БОЛНИ“ (чл. 207 од КЗ) – ОБЈЕКТ НА ЗАШТИТА И ПАСИВЕН СУБЈЕКТ НА ДЕЛОТО 1.04 Стручна статија УДК179.7:316.624 179.7(497.7)“1994/2019“;
- Европска конвенција за заштита на човековите права и основни слободи, Совет на Европа, 1950 година;
- Устав на Република Северна Македонија, „Службен весник“ број 52/1991 со сите последователни измени;
- Кривичен законик, „Службен весник на Република Македонија“ број 37/1996 со сите последователни измени;
- Закон за кривичната постапка, „Службен весник на Република Македонија“ број 150 од 18.11.2010 година со сите последователни измени; Статут на Лекарската комора на Република Северна Македонија, достапен на: <https://www.lkm.org.mk/upload/documents/statut.pdf>;
- Статут на Стоматолошката комора на Македонија, достапен на: <https://skm.mk/wp-content/uploads/2022/07/statut-skm-2021.pdf>;
- Кодекс на медицинската деонтологија, достапен на: <https://www.healthrights.mk/pdf/Pravnici/Domasno%20zakonodavstvo%20i%20mehanizmi%20za%20zastita%20na%20covekovite%20prava/Ostanati%20povazni%20propisi%20od%20oblasta%20na%20zdravstvoto/Kodeksi/%D0%9A%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%98%D0%B0.pdf>;
- Кодекс на стоматолошката етика и деонтологија, достапен на: <https://skm.mk/document/etichki-kodeks/>;
- Шилих против Словенија (одлука) [ГСС] (Šilih v. Slovenia) decision GC број 71463/01, достапно на: <https://hudoc.echr.coe.int/eng-press?i=003-2699182-2950157>;
- <https://sitel.com.mk/25-godishno-momche-pochinalo-od-sepsa-po-drenazha-na-zab-vonreden-inspekiski-nadzorvo-shtipskata>;
- <https://www.slobodenpecat.mk/direktorot-na-strushkata-bolnicza-ke-dobie-krivichna-otkako-rodilka-ostana-bez-bubreg-matka-i-jajnik-pri-poroduvane-se-pravda-operiral-sovesno/>;
- <https://www.mkd.mk/makedonija/sudstvo/doktorka-kje-odgovara-za-smrta-na-malio-lic-he-go-lekuvala-telefonski-i-go>.

ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА – АДМИНИСТРАТИВНИ БАРИЕРИ И КОРУПЦИЈА

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Маја Савеска

РЕЗИМЕ

Плановите за промени, идеите за нови услуги, мерките за подобрување на квалитетот на јавното здравство се концепти што ги одбележаа последните 10 години од македонскиот здравствен систем. Најголемите предизвици на здравствената заштита, кои се предмет на анализа и елаборација на овој труд, се административните бариери во остварувањето на правата на пациентите и борбата против корупцијата во здравствениот сектор. Во таа насока, идентификувани проблеми се: неефикасна организираност на здравствените установи, (не)имплементација на електронските системи и голем број задолжителни медицински документи во рамките на електронскиот систем („МојТермин“) и неспроведување на Законот за заштита на правата на пациентите. Може да се заклучи дека големиот број институции формирани за заштита на правата на пациентите функционираат формално и нема доволна информираност за правата на пациентите. Кон ова се додава и непостоењето соодветни услови и простор за непречено остварување на правата од областа на здравствената заштита, а како последица на тоа се создава простор за коруптивно однесување. Препораките за надминување на горенаведеното се зајакнување на капацитетите на здравствените институции со кадар и опрема, имплементирање реални дигитални процеси и елиминирање на непотребната писмена медицинска документација, како и реална примена на законската регулатива, почнувајќи од Законот за заштита на правата на пациентите. Единствениот пат за успех и подобрување на квалитетот на здравствената заштита и остварувањето на правата на пациентите е преку инклузија на потребите на сите релевантни страни во системот и имплементација на политики и прописи преку реални инструменти.

Клучни зборови: здравствена заштита, административни бариери, борба против корупција, реформи, имплементација на регулатива, дигитализација.

ВОВЕД

На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да го чува и да го унапредува сопственото здравје и здравјето на другите (Устав на Република Македонија, „Службен весник на Република Македонија“ р. број 52 од 22.11.1991 година). Највисокиот правен акт, Уставот на Република Северна Македонија, неприкосновено го утврдува правото на здравствена заштита на секој граѓанин во Република Северна Македонија. Законот за здравствена заштита е основниот правен акт врз основа на кој се гарантира, но, уште поважно, се утврдува на кој начин се спроведува правото на здравствена заштита (Закон за здравствената заштита, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16, 20/19, бр. 101/19, 153/19, 180/19, 275/19, 77/21, 122/21, 178/21, 150/22 и 236/22). Од друга страна, суштински закон за правата на пациентите е Законот за заштита на правата на пациентите, кој утврдува начела и конкретно систематизирани права на пациентите и регулира на кој начин се спроведуваат тие (Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/15, бр. 190/19 и 122/21).

Институционалната рамка на системот на здравствена заштита во Република Северна Македонија се состои од неколку клучни институции, и тоа: Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Агенцијата за лекови и медицински средства, Државниот санитарен и здравствен инспекторат и Институтот за јавно здравје. Постојат и други тела што имаат улога во процесот на остварувањето на правата на пациентите, кои ќе бидат споменати во трудот.

Здравствената заштита има медицински и економски аспекти, но она што најмногу ја карактеризира е хуманитарниот карактер и потребата за одржување на животот на секој граѓанин. Оттука произлегува потребата за унапредување на овој систем со цел подигнување на неговата функционалност. Во таа насока, на национално, регионално и на меѓународно ниво постојано се воведуваат нови политики, мерки и инструменти со кои се унапредува системот на здравствена заштита, а кои се во корелација и со развојот на медицинската наука. Во последната декада, големо внимание се посветува и на развојот на правата на пациентите и нивното функционално и квалитетно остварување. Доказ за ова е и постоењето на медицинската нега како право на секој човек, утврдено во членот 25 од Универзалната декларација за човековите права (Универзална декларација за човековите права, Обединети нации, 1948). Исто така, членот 35 од основните права на Европската Унија (во понатамошен текст ЕУ), насловен како здравствена грижа, утврдува дека секој има право на пристап до здравствена заштита и медицинска интервенција (Повелба за основните права на Европската Унија, Европска Унија, 2009).

Во Република Северна Македонија, правата на пациентите се утврдени во Законот за заштита на правата на пациентите, кои се однесуваат на сите граѓани, без оглед на полот, расата, верската припадност или друг основ на дискриминација. Примената на законските одредби и обезбедувањето на овие права сепак се одвива со голем број предизвици, од кои најголем дел се административните бариери и коруптивното однесување. Во оваа насока, разгледани беа правни акти, национални истражувања, меѓународни извори за спроведувањето на реформите, како и податоци од официјалните веб-страници на релевантни меѓународни и национални институции.

АДМИНИСТРАТИВНИ БАРИЕРИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Мој Термин

Една од најзначајните реформи спроведени во Република Северна Македонија за унапредување на здравствениот систем и за зголемување на нивото на квалитет на правата на пациентите е воведувањето Интегриран национален систем за електронско закажување и евидентирање медицински интервенции – Мој Термин (во понатамошен текст „Мој Термин“), кој започна со работа на 1 јануари 2012 година како пилот-проект, а почна да се имплементира од 2013 година (достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/moj-termin-opsti-informacii/>). Овој систем е спроведен од страна на Министерството за здравство заедно со своите клучни партнери, Фондот за здравствено осигурување и Институтот за јавно здравје, со цел да се воспостават автоматизирани процеси на работа во ординациите од сите нивоа на здравствената заштита, здравствената администрација и аптеките.

Придобивките од аспект на поквалитетно остварување на правата на пациентите со „Мој Термин“ се дефинираат како:

- ↳ Намалување на метежот и редиците на чекање во здравствените установи;
- ↳ Унифицирани и веродостојни бази на податоци;
- ↳ Брзо и едноставно евидентирање и запишување податоци за пациентите;
- ↳ Градење електронски здравствен картон (досие);
- ↳ Квалитетна здравствена услуга за сметка на намалената административна работа;
- ↳ Формирање детален распоред за прием на пациенти кај сите лекари;
- ↳ Вклучување нови работни процеси преку воведувањето електронски здравствен картон, електронски рецепт, електронски упат, електронско закажување прегледи и други услуги;
- ↳ Намалување на бројот на двојни прегледи и интервенции;
- ↳ Брза комуникација и консултации помеѓу примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита;
- ↳ Поквалитетна услуга и намалување на ризикот од погрешни стручни одлуки;
- ↳ Финансиска заштеда преку преминување на електронско работење со електронски документи што ќе ги заменат досегашните хартиени упати и рецепти.

Почетоците на функционирањето на оваа електронска платформа претставуваа предизвик за сите учесници во системот на здравствена заштита. Во 2012 и 2013 година, мал дел активности се спроведуваа преку „МојТермин“ сè со цел да се овозможи доволен простор за приспособување од страна на здравствените работници за да им дадат квалитетна услуга на своите пациенти. Потоа, овој пилот-проект стана секојдневна практика согласно која сите нивоа во здравствениот систем ја вршат здравствената дејност до денес.

Во 2015 година се објавени првите резултати од истражувањето за задоволството од користење на системот од страна на пациентите, направено од страна на Министерството за здравство (Резултати од истражување на задоволството на пациентите од функционирањето на системот „МојТермин“, достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/rezultati-od-istrzhuvanjeto-na-zadovolstvoto-na-pacientite-od-sistemot-mojtermin/>). Имено, согласно ова истражување, од 834 испитаници, 668 одговориле дека се задоволни од услугата „МојТермин“ и од нејзиното функционирање, односно 80,1 %, додека, пак, 16,3 % одговориле дека не се задоволни, а 3,6 % не дале одговор. Оваа анализа укажува на висок степен на задоволство од воведувањето и функционирањето на наведениот систем, но се потенцира дека бројот на испитаниците е многу мал во однос на фактот дека минимум 100 000 лица користат права во системот на здравствена заштита во РСМ. Во оваа насока, оваа статистика не претставува релевантна основа за формирање мислење за функционирањето на системот на национално ниво.

Истата година е објавено уште едно истражување за задоволството на пациентите од функционирањето на здравствениот систем, кое во еден сегмент е фокусирано само на системот „МојТермин“, во кое биле опфатени 6 300 испитаници преку теренска анкета во 68 јавни здравствени установи (Резултати од истражување за задоволството на пациентите од функционирањето на здравствениот систем, достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/od-mojtermin-zadovolni-67-6-otsto-od-pacientite/>).

Според ова истражување, 4 256 испитаници се изјасниле дека се задоволни од „МојТермин“, односно 67,6 %, додека, пак, 2 020 не се задоволни или 32,1 %, и 24 лица или 4 % не дале одговор.

Резимирано, во една година се објавени две истражувања, од кои, и покрај тоа што не се репрезентативни од методолошки аспект, попрецизно дискутабилен е бројот на испитаници, може да се заклучи дека нема унифицирано мислење во однос на функционирањето на оваа значајна реформа во здравствениот систем. Од 2015 година, па до ден-денес не се објавени дополнителни истражувања, додека, пак, од друга страна, континуирано се истакнуваат слабостите и недостатоците на системот.

Електронска здравствена картичка

Една од најзабележителните слабости што произлегле од системот „МојТермин“ е т.н. електронска здравствена картичка, која се вовела во 2012 година, а нејзиното користење започнало во 2013 година. Станува збор за проект за кој договорот за јавна набавка го склучило Министерството за здравство, додека, пак, оперативните активности за неговата имплементацијата ги изведувал Фондот за здравствено осигурување. Целта на овој проект била картичката да претставува еден и единствен документ преку кој граѓаните ќе ги користат здравствените права на електронски начин. Идејата била да се овозможи подобар квалитет на услугите, особено за брза реакција на итни случаи. На електронската здравствена картичка било предвидено да бидат интегрирани основните податоци за осигуреникот, кои требало да овозможат меѓусебна електронска комуникација помеѓу матичните лекари, болниците, специјалистите и другите субјекти во здравствениот систем. Од друга страна, целта била да се примени принцип на штедрост преку преминување на електронско работење (електронски упат, електронски рецепт), со кои ќе се заменат хартиените упати и рецепти. Предвидено било граѓаните преку интернет на сигурен начин да пристапат до сопствените

податоци и корисни информации за здравствените услуги. Електронските здравствени картички се користеа во информацискиот систем на Фондот за здравствено осигурување, но поради истекување на важноста на сертификатот интегриран во рамките на самата картичка, тие не може да се користат. Имено, утврдено било сертификатот да трае 5 години, но согласно информациите во јавноста, Министерството за здравство не склучило нов договор за изработка на овој вид картички и на секој граѓанин по 5 години од издавањето на картичката, таа престанала да му важи поради истекувањето на сертификатот што е интегриран во неа. Денес, електронската здравствена картичка, иако физички постои, не функционира и не се користи.

Согласно досегашната практика и функционирањето на системот „МojТермин“, општата перцепција на граѓаните е дека идејата на системот е добра, но тој не функционира и создава административни бариери во лекувањето и во остварувањето на правата на пациентите. Според јавното мислење, секој граѓанин, кога има потреба од медицинска услуга, се соочува со предизвици уште од основното ниво при посета на матичен лекар (најчесто тоа е немање доволно термини за потребни дополнителни прегледи), а како што се зголемуваат нивоата на заштита, така и предизвиците стануваат потешки (најчесто тука се јавува коруптивно однесување). Иако формално постои гарантирано медицинско право или, пак, можност за поплака на пациентите, во реалноста тоа функционира многу малку бидејќи пациентите времето го трошат на надминување на административните бариери за да дојдат до здравствена услуга. На пример, Законот за заштита на правата на пациентите го регулира правото на информирање на пациентите со трајно намалена способност за расудување (член 11), но поради недостиг на обуки за комуникација и пристап за лицата со попреченост, реализацијата на ова право се отежнува во практиката. За разлика од другите пациенти, лице што е слепо, глуво лице што не знае да чита, лице со оштетен говор што не знае да пишува и лице со оштетен слух и говор мора да прифати или да одбие одредена медицинска интервенција со изјава дадена пред двајца сведоци (Анализа на состојбата со правата на лицата со попреченост во Република Северна Македонија, 2021, УНИЦЕФ, достапно на: <https://www.unicef.org/northmacedonia/media/11711/file/mkd-unprpd-sitan-mk-2022.pdf>).

Институции

Според Законот за заштита на правата на пациентите (член 31), секоја здравствена установа е должна на пациентите да им обезбеди услови за остварување на правата уредени во овој закон (Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/15, бр. 190/19 и 122/21).

Покрај клучните државни институции за спроведување на правата за здравствена заштита, постојат и неколку тела чија улога е грижа за непречено остварување на правата на пациентите. Законот за заштита на правата на пациентите (член 39) утврдува дека со цел унапредување на правата на пациентот, општината, како и градот Скопје формираат постојана комисија за унапредување на правата на пациентите во согласност со прописите од областа на локалната самоуправа (во натамошниот текст: комисијата). Покрај основната надлежност да ги унапредува правата на пациентите, оваа комисија има право да предлага и мерки, како и да разгледува поплаки од пациенти и да предлага до надлежни органи преземање мерки. За жал, практиката покажува дека оваа комисија е единствено формално формирана и функционира на истиот начин, со тоа што општа информација за неа е објавена на веб-страницата на Градот Скопје и не постојат податоци за нејзината работа (достапно на: <https://skopje.gov.mk/mk/footer/komisija-prava-na-pacienti/>). Причина за наведеното е најверојатно фактот што согласно законот, оваа комисија се финансира од страна на буџетот на општината, а не од централниот буџет.

Врз основа на полугодишниот извештај на Државниот санитарен и здравствен инспекторат по Законот за заштита на правата на пациентите, за периодот од 1.7.2021 до 31.12.2021 година само во 31 општина има формално формирана комисија за унапредување на правата на пациентите, односно во 37 општини не е формирана, и тоа најголем дел во скопските општини (полугодишен извештај на Државниот санитарен и здравствен инспекторат по Законот за заштита на правата на пациентите за периодот од 1.7.2021 до 31.12.2021 година, достапно на: ЛИНК). За функционирањето на работата на формираните комисији нема податоци.

Понатаму, членот 45 од Законот за заштита на правата на пациентите утврдува дека во здравствена установа во која се сместуваат пациенти, Министерството за здравство назначува советник за заштита на правата на пациентите од редот на вработените во Министерството за здравство (Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/15, бр. 190/19 и бр. 122/21). Позначајните задачи на овој советник се да дава правни совети и правна помош на пациентите во однос на остварувањето и заштитата на нивните права; да разгледува усни и писмени поплаки од пациенти и да дава мислење за нивно решавање до директорот на здравствената установа; да посредува при мирното решавање прашања меѓу пациентот и здравствениот работник што произлегуваат од усна поплака итн. Се дополнува и дека здравствената установа е должна да определи на лесно достапно место и јасно да означи канцеларија на советникот, но овие лица не се идентификувани во практиката или, пак, не се посочени лесно достапни места во која било здравствена установа на национално ниво.

Исто така, членот 51 од истиот закон утврдува дека министерот за здравство формира Државна комисија за унапредување на правата на пациентите. Оваа комисијата презема активности за унапредување на правата на пациентите и нивната заштита; ја следи и ја проценува состојбата со заштитата на правата на пациентите на територијата на целата држава; предлага мерки за подобрување на заштитата на правата на пациентите до министерот за здравство; соработува со комисиите за заштита и промоција на правата на пациентите формиран од страна на општините; дава мислења, препораки и предлози на надлежните тела и органи за унапредувањето на заштитата на правата на пациентите итн., но како и за останатите комисији, и за оваа комисија нема податоци за нејзиното работење.

БОРБА ПРОТИВ КОРУПЦИЈАТА

Во 2021 година, за време на глобалната пандемија предизвикана од вирусот КОВИД-19, Европската Унија спроведе истражување за корупција на повеќе од 40 000 лица во сите 27 земји (Global Corruption Barometer – EU, Транспаренси Интернешнл, 2021, достапно на: <https://www.transparency.org/en/gcb/eu/european-union-2021>). Резултатите од ова истражување покажале дека 3 од 19 лица плаќаат мито или користат лични конекции за да користат јавни услуги, вклучувајќи ја и здравствената заштита. Една третина од испитаниците сметаат дека корупцијата се зголемува во нивната држава и 44 % сметаат дека ова нема да се подобри.

Организацијата Транспаренси Интернешнл секоја година спроведува мерење на корупцијата на глобално ниво и согласно објавените резултати, Република Северна Македонија во 2022 година е рангирана на 85-тото место од 180 земји во светот и има минимален пораст од 2021 година за 1 поен (Corruption Perception Index, Transparency International, 2022, достапно на: <https://www.transparency.org/en/cpi/2022/index/mkd>). Во однос на бодувањето, кое ја претставува суштината врз основа на која секоја држава се мери според различни основи дали има и во која мера има корупција, РСМ има 40 поени од можни 100. Доколку ги земеме предвид рангирањето и бодувањето заедно, може да се заклучи дека иако се прават реформи во здравствениот систем за борбата против корупцијата, не може да се констатира особен напредок.

Борбата против корупцијата во остварувањето на здравствените права се забележува од почетоците на поставувањето на здравствениот систем во РСМ. Но, она што може да се посочи е дека со секое воведување реформи за подобри услови на пациентите и нивните права воопшто, нивото на коруптивното однесување останува исто поради речиси редовно постоење одредени недостатоци во самиот систем. Во Извештајот на Државната комисија за спречување на корупцијата од 2021 година со цел спроведување на Националната стратегија за спречување на корупцијата и судирот на интереси 2021 - 2025, утврдено е дека Секторот за здравство е еден од секторите (втор по Секторот за образование) во кои има најголем број проблеми поврзани со корупција. Во стратегијата, за Секторот за здравство се утврдени 5 проблеми и за нивно решавање се утврдени 18 мерки и 26 активности. Се наведува дека во 2021 година, од утврдени 12 активности, реализирана е само 1 и во тек е реализација на 2 активности, а со тоа Министерството за здравство е втора институција (по Министерството за информатичко општество и администрација) со најнизок степен на реализација на активности. Дополнително, истакнато е и дека Државната комисија за спречување на корупцијата се соочила со проблем во воспоставувањето и одржувањето комуникација со Министерството за здравство (Годишен извештај за спроведување на мерките од Националната стратегија за спречување на корупцијата и судирот на интереси предвидени за реализација во 2021 година, Државна комисија за спречување на корупцијата, 2022, достапно на: <https://dksk.mk/wp-content/uploads/2022/03/Godisen-izvestaj-za-sproveduvanje-na-NS-vo-2021.pdf>).

На национално ниво, изминативе години се донесе нов Закон за спречување на корупцијата и судирот на интереси, кој предвидува градење капацитети на Државната комисија за спречување на корупцијата, но конкретно во здравствениот сегмент нема промени (Закон за спречување на корупцијата и судирот на интереси, „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 12/2019). Во делот за антикорупциски мерки во Законот за здравствената заштита, во членот 186, став 9 е регулирано дека: примање подароци или друг вид корист спротивно на закон, или примање или прифаќање понуда да се прими подарок, парична корист или каква било друга корист со цел да се препорача, да се препише или да се набави одреден лек претставува дисциплински прекршок, кој согласно законот се казнува со парична казна од 20 до 30 % од едномесечниот износ на нето-плата или со престанок на вработувањето во случаи кога настапиле штетни последици за здравствената установа (Закон за здравствената заштита, „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16, 20/19, бр. 101/19, 153/19, 180/19, 275/19, 77/21, 122/21, 178/21, 150/22 и 236/22). Во Законот за вработените во јавниот сектор, во чиј опсег влегуваат и вработените во јавното здравство, во членот 39 е утврдено дека: вработените во јавниот сектор не смее да примаат подароци поврзани со нивната работа со исклучок на протоколарни и повремени подароци од пониска вредност (Закон за вработените во јавниот сектор, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 27/14, 199/14, 27/16, 35/18 и 198/18, бр. 143/19 и бр. 14/20). Подароци што не ја надминуваат вредноста од 1 000 денари или подароци добиени од иста личност чија вкупна вредност не надминува 3 000 денари во дадена година се сметаат за подароци од пониска вредност. Оттука, дозволено е вработените во здравството да примаат подарок во вредност до 1 000 денари, односно најмногу до 3 000 денари од едно лице во текот на една година. Според јавното мислење, практиката го покажува спротивното, и најчесто дозволениот износ на награда на годишно ниво се дава на дневна основа.

Според Извештајот на Европската Унија за напредокот на РСМ од 2021 година, во делот на јавното здравје се наведува дека: и покрај покачувањето на платите како политика за задржување, здравствениот сектор се соочува со загуби на медицински персонал, особено на специјалисти, кои се селат или во приватниот сектор, или заминуваат на работа во странство. Персоналот има потреба од специјализирана обука за користење напредната здравствена опрема. Пристапот до лекари специјалисти во јавниот здравствен систем останува проблематичен. Пациентите плаќаат приближно една третина од сите здравствени услуги, без да им бидат надоместени платените средства, а тоа ги зголемува социјалните разлики (Извештај на Европската Унија за напредокот на Република Северна Македонија, Европска комисија, Европска Унија, 2021 година).

Според Извештајот од 2022 година, повторно се констатира недостигот на медицински персонал и ова води кон високи трошоци и потреба за надминување на слабостите преку тренинг, особено во делот на медицинската опрема (Извештај на Европската Унија за напредокот на Република Северна Македонија, Европска комисија, Европска Унија, 2022 година).

Посоченото во извештаите од двете години е главната причина поради кое борбата против корупцијата сè уште е неуспешна. Недостигот на медицински персонал поради одливот на кадар и непознавањето на раководењето со медицинска опрема се причини што го оптоваруваат системот „МојТермин“ поради кој, пак, граѓаните бараат алтернативни начини за да обезбедат медицинска услуга и најчесто тоа го прават преку коруптивно однесување врз основа на поставената практика, односно воопшто да дојдат до потребната здравствена услуга.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Спроведувањето реални економски реформи што ќе бидат адресирани кон решавање на суштинските предизвици во здравствениот сектор денес е повеќе од потребно. Од сето наведено во овој труд може да се донесат следниве заклучоци:

1. Најголемиот предизвик при остварувањето на здравствената заштита се административните бариери, генерално создадени од (не)функционирањето на системот „МојТермин“;
2. Слабостите на Законот за заштита на правата на пациентите во насока на единствено формално постоење тела чија улога е да придонесат за непречено остварување на правата на здравствена заштита на граѓаните, како и создаден правен лавиринт со постоење повеќе места за заштита на правата;
3. Слабостите на здравствениот систем се идентификуваат индиректно и преку недостиг на соодветен медицински кадар и опрема;
4. Поради неприменувањето на Законот за заштита на правата на пациентите, граѓаните немаат доверба во здравствениот систем и се создава колективно однесување за обезбедување медицинска услуга преку корупција;
5. Слабостите во јавното здравство се јавуваат и поради меѓусебна недоволна комуникација и координација на институциите, како и низок степен на информираност за правата на здравствена заштита.

Со цел надминување на посочените слабости, неопходно е да се спроведе лепеза на активности што ќе водат кон подобра организираност на здравствените установи и кон јакнење на нивните капацитети.

Во таа насока, се препорачува итно имплементирање целосен дигитален процес на системот „МојТермин“ и негово проширување со цел да се надминат предизвиците што создаваат бариера со непотребна медицинска хартиена документација, а уште повеќе создавање поголем простор за користење термини и поголем број услуги преку самиот систем. Кон ова се додава и препораката за посеопфатно интегрирање податоци на пациентите (поголема отвореност на самите податоци) и генерирање еден медицински документ/извештај што ќе им служи на граѓаните за понатамошно остварување на правото на здравствена заштита (наместо досегашно трошење време за обезбедување извештаи и термини за секое ниво на здравствена заштита). Ова ќе придонесе и за зголемување на квалитетот на здравствената услуга, бидејќи моментално медицински преглед временски трае помалку од последователното време за негово администрирање. За наведеното, потребно е да се инвестира во образовниот процес на градење кадри за иден медицински персонал и создавање можности за нивно стручно усовршување/доквалификација/специјализација, но, уште поважно, нивна рана инклузија во практичното работење и обезбедување реален простор за нивна работа и учење. На овој начин ќе се придонесе за надминување на проблемите и во однос на недостигот на медицински персонал и соодветно користење на медицинската технологија.


Законот за заштита на правата на пациентите генерално е солидно поставен од правен аспект и проблемот се јавува во неговата имплементација, која се должи на повеќе фактори, а конкретно во него се препорачува да се укинат непотребни институции и тела за заштита на правата на пациентите (како што е Државната комисија за заштита на правата на пациентите, истата Комисија на ниво на Град Скопје, а понатаму и во секоја општина, и посочениот советник во секоја јавна здравствена установа). Потребно е системот да се фокусира на една институција, чија улога и функција ќе биде токму заштитата. На овој начин ќе се обезбеди и полесен пат за пациентите во случај на потреба од користење правни можности при злоупотреба или попречување во остварувањето на правата. Второто решение за истиот предизвик е обезбедување услови и финансиски средства со цел сите овие тела да може да работат и да ја вршат функцијата за која се и основани.

Со цел здравствениот сектор да се унапреди, неопходно е сите страни да ја зголемат комуникацијата и непосредно и директно да се залагаат за поголема информираност за правата на пациентите. Во овој дел, особено е важно да се спроведе и промоција на позитивни примери и медицински практики од страна на одредени установи или кадри што ја вршат својата медицинска должност стручно, ажурно, со достапност и емпатија. На овој начин ќе се придонесе за намалување на недовербата во здравството и промена на наметнатата практика на коруптивно однесување за остварување медицинска услуга, а кај младите кадри, и мотивација за поинакви начини на работа. Дополнително, во однос на борбата против корупцијата, доколку се преземат мерки од посочените препораки, ќе се создадат услови и за намалување на коруптивното однесување, а во овој дел се препорачува и поголема посветеност на Државната комисија за спречување на корупцијата и активно разгледување на секоја можност што има веројатност за постоење на корупцијата при остварување права од областа на здравствената заштита.

Имплементирањето квалитетни политики за подигнување на квалитетот на здравството ќе даде позитивни ефекти единствено ако институционалните партнери се одлучни и работат со силни заложби во соработка со давателите на медицинските услуги и граѓаните во секој сегмент. Валидацијата на потребите на корисниците на здравствени услуги и континуираната работа на елиминирање недостатоци при обезбедувањето на здравствените права претставува клуч за постигнување идни успеси во јавното здравје, зголемување на довербата на граѓаните во системот и создавање поздрава нација.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Универзална декларација за човековите права, Обединети нации, 1948;
- Повелба за основните права на Европската Унија, Европска Унија, 2009;
- Извештај на Европската Унија за напредокот на Република Северна Македонија, Европска комисија, Европска Унија, 2021 година;
- Извештај на Европската Унија за напредокот на Република Северна Македонија, Европска комисија, Европска Унија, 2022 година;
- Global Corruption Barometer – EU, Транспаренси Интернешнл, 2021, достапно на: <https://www.transparency.org/en/gcb/eu/european-union-2021>
- Corruption Perception Index, Transparency International, 2022, достапно на: <https://www.transparency.org/en/cpi/2022/index/mkd>;
- Полугодишен извештај на Државниот санитарен и здравствен инспекторат по Законот за заштита на правата на пациентите за периодот од 1.7.2021 до 31.12.2021 година, достапно на: ЛИНК);
- Годишен извештај за спроведување на мерките од Националната стратегија за спречување на корупцијата и судирот на интереси предвидени за реализација во 2021 година, Државна комисија за спречување на корупцијата, 2022, достапно на: <https://dksk.mk/wp-content/uploads/2022/03/Godisen-izvestaj-za-sproveduvanje-na-NSvo-2021.pdf>;
- Резултати од истражување на задоволството на пациентите од функционирањето на системот „МојТермин“, достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/rezultati-od-istrazhuvanjeto-na-zadovolstvoto-na-pacientite-od-sistemot-mojtermin/>;
- Резултати од истражување на задоволството на пациентите од функционирањето на здравствениот систем, достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/od-mojtermin-zadovolni-67-6-otsto-od-pacientite/>;
- Анализа на состојбата со правата на лицата со попреченост во Република Северна Македонија, 2021, УНИЦЕФ, достапно на: <https://www.unicef.org/northmacedonia/media/11711/file/mkd-unprpd-sitan-mk-2022.pdf>
- Устав на Република Македонија, „Службен весник на Република Македонија“ бр. број 52 од 22.11.1991 година;
- Закон за спречување на корупцијата и судирот на интереси, „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 12/2019;
- Закон за вработените во јавниот сектор, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 27/14, 199/14, 27/16, 35/18 и 198/18, бр. 143/19 и бр. 14/20;
- Закон за здравствената заштита, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16, 20/19, бр. 101/19, 153/19, 180/19, 275/19, 77/21, 122/21, 178/21, 150/22 и 236/22;
- Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/15, бр. 190/19 и бр. 122/2



УЛОГАТА НА ОМБУДСМАНОТ НА ПАЦИЕНТИ ВО РЕПУБЛИКА ФИНСКА И КРАЛСТВОТО НОРВЕШКА ВО ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Андријана Димова

РЕЗИМЕ

Денес постојат голем број случаи во кои се повредени правата на пациентите, пациентите се жалат за здравствените услуги што ги добиваат, за погрешно лекување или третман итн. Поради тоа, сè уште постои потреба од изнаоѓање ефикасен и ефективен начин за заштита на правата на пациентите, иако постојат најразлични органи што помагаат за заштита на правата на пациентите како по судски, така и по вонсудски пат. Оттаму, целта на овој труд е да се разгледа и да се анализира улогата на омбудсманот на пациенти во спроведувањето и заштитата на правата на пациентите и во придонесувањето за подобрување на квалитетот на здравствените услуги во скандинавските држави, кои претставуваат земји со најдобар здравствен систем, размислувајќи во насока на воведување на ова институција во нашето законодавство.

Од ова истражување се заклучува дека омбудсманот на пациенти е орган што има задача и одговорност да ги заштитува правата на пациентите, да ги информира и да им помага на пациентите и да придонесува за подобрување на квалитетот на здравствените услуги. Тој функционира како адвокат на пациентите, но и градител на мостови помеѓу пациентите и давателите на здравствени услуги. Овој орган постигнува огромни резултати во разгледаните држави, а со тоа и многу други држави започнуваат да ја воведуваат оваа институција во своето законодавство. Сето ова нè води до прашањето дали е потребно овој орган да се воведи и во нашето законодавство. Поради тоа, препорачувам да се направат подетални истражувања и да се споредат резултатите што ги дават нашите органи за заштита на правата на пациентите со омбудсманот на пациенти во другите држави.

Клучни зборови: права на пациентите, омбудсман на пациенти, Норвешка, Финска, здравствени услуги.

ВОВЕД

Институцијата омбудсман постои многу одамна, уште од 1801 година и за првпат е создадена во Шведска (Бранимирова et al., 2009). Во 1809 година е создаден парламентарниот омбудсман (Бранимирова et al., 2009). Во наредните години, и другите држави ја воведуваат ова институција. Зборот „омбудсман“ се користи за да се идентификува некој што има право и моќ да зборува во името на друг (Molven, 2007).

Многу држави имаат уредено различни органи со различни права и овластувања за заштита на граѓаните и нивните права. Омбудсманот е институција со основна должност – да се грижи за заштита на правата и слободите на граѓаните во односите со административните органи, но и со другите јавни органи (Бранимирова et al., 2009).

Институцијата омбудсман на пациенти (ОП) се создава подоцна, како последица на парламентарниот омбудсман, и претставува специјализиран орган што функционира како вид на механизам за заштита на правата на пациентите (Бранимирова et al., 2009). Неговата основна должност е да им помага на пациентите на начин што ќе ги разгледува жалбите или барањата поднесени од страна на пациентите во случај кога им се нарушени правата или ќе им даде информација, насоки и совети на пациентите во однос на нивните права и можноста за обесштетување доколку постои повреда. ОП може да дава мислење, препораки и конкретни мерки за подобрување на здравствените услуги и да ги известува соодветните институции за констатираните прекршувања што настанале. Секоја држава што ја воспоставила ова институција ја уредува различно и предвидува различни права и должности што може да ги има ОП.

ОП е уреден во неколку европски држави, како што се Финска, Норвешка, Белгија, Холандија и други. Во овој труд ќе обрнеме внимание на улогата на ОП во Финска и во Норвешка.

Финскиот здравствен систем е „прилично познат по неговата ефикасност и се смета за еден од најдобрите пет здравствени системи во Европската Унија“ (Coets, 2016, стр. 45). Финска е првата европска држава што го направила првиот чекор за кодификација на правата на пациентите, усвоила закон со цел пациентите да се запознаат со своите права и ја создала институцијата ОП. На овој начин, Финска влијаела врз другите европски земји во однос на решавањето конфликти поврзани со здравствената заштита и правата на пациентите.

Во Норвешка, уште во 1975 година постоеле дискусии за тоа дали е потребно пациентите да имаат ОП пред кој може да ги поднесат своите жалби, но тогаш не било преземено ништо во поглед на создавањето на оваа институција. Потоа, во 1980 година, норвешките окрузи започнале сами да си воспоставуваат ОП со цел да им помагаат на пациентите при заштита на нивните права и тогаш за првпат се воспоставиле шеми на ОП, и тоа на волонтерска основа (Molven, 2007). Овие ОП добиле правна основа со донесувањето на Законот за правата на пациентите во 1999 година, па оттаму, норвешкото законодавство станува второ по ред во Европа што го уредува овој специјален орган.

ОМБУДСМАНОТ НА ПАЦИЕНТИ ВО РЕПУБЛИКА ФИНСКА

Република Финска е првата европска држава, која со донесувањето на Законот за статусот и правата на пациентите⁴⁵ за првпат ја уредува и ја имплементира институцијата ОП во 1992 година во Европа. Со создавањето на ОП се прави обид да се оцени квалитетот на здравствените услуги што им се даваат на пациентите во здравствените установи (Coets, 2016).

Законот за статусот и правата на пациентите многу накратко ја уредува институцијата ОП во членот 11 во кој е опишана неговата улога. Согласно законот, ОП е институција што има четири улоги, односно четири основни задачи и должности (Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, член 11, став 2), и тоа:

1. Да ги води и да ги советува пациентите за прашања поврзани со овој закон и неговата примена (Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, член 11, став 2, точка 1);

Со оваа улога произлегува дека ОП на некој начин извршува улога на советник и е првото лице до кое доаѓаат пациентите во случај ако имаат прашања што се поврзани со законот и нивните права (Coets, 2016).

2. Да им помогне на пациентите во работите наведени во ставовите 1 и 3 од членот 10 (Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, член 11, став 2, точка 2);

Ова означува дека неговата задача е да им помогне на пациентите во однос на правото на поднесување жалба до директорот во здравствената установа, кое е предвидено согласно членот 10 од истиот закон. „Правото на жалба за здравствените услуги во нордиските земји се заснова врз познатата идеја дека граѓанинот може да им стави до знаење на надлежните органи за работите што тој/таа ги гледа како недостатоци“ (Coets, 2016, стр. 49).

Доколку пациентите сакаат да го искористат правото на жалба и да поднесат жалба, ОП има должност да им помогне, да им даде насоки, да ги информира и да ги советува пациентите. Неговата улога е да им помогне на пациентите при подготвувањето на жалбата и да ги советува, но не оди подалеку од тоа, а со тоа се нагласува дека ОП не е примателот на жалбата, туку претставува само водич во процесот на поднесување на жалбата (Coets 2016).

Оттука, улогата на финскиот ОП е прилично тесна и во основа е ограничена, со што се сведува само на помагање на пациентите и известување за недостатоците што ги има системот, без да има некаков посебен придонес во процесот на финалното подобрување (Coets, 2016).

Истотака, согласно оваа негова улога, потребно е ОП да ги информира и да ги советува пациентите за правните лекови што може да ги поднесат пред надлежните органи во ситуација кога постои повреда на пациентот и поради тоа е потребна одговорност и има можност за компензација.

3. Да ги информира пациентите во однос на нивните права (Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, член 11, став 2, точка 3);

⁴⁵ Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, достапно на веб-страницата: <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/19920785>.

Потребно е ОП да ги информира пациентите за нивните права, со што произлегува дека ОП е изворот на информации на пациентите со цел пациентите да бидат запознаени и свесни за нивните права што произлегуваат од законот.

4. Да дејствува за промовирање и спроведување на правата на пациентите (Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, член 11, став 2, точка 4);

ОП треба да дејствува за промовирање и спроведување на правата на пациентите, но законот не ни дава доволно информации за кои конкретно работи и активности треба ОП да ги прави со цел остварување на оваа негова должност.

Улогата на финскиот ОП главно се однесува на помагање, давање совети и информации на пациентите за нивните права што произлегуваат од законот, за тоа како да ги заштитат своите права и за тоа како да бидат обесштетени доколку постои повреда. Неговата улога во однос на поднесувањето жалба е само да ги информира, да ги советува и да им помогне на пациентите при изготвувањето и поднесувањето на жалбата, но законот не предвидува ОП да има должност да ги истражува и да ги решава конфликтите што настанале помеѓу страните. На крајот, сепак, „основната идеја е давањето информации да влијае врз ставовите, да спречи конфликти и, како конечен резултат, да ги промовира правата на пациентите“ (Coets 2016, стр. 52).

Согласно законот, ОП се назначува во здравствените установи. Тој може да биде еден и ист за две или повеќе здравствени установи (Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, член 11, став 1).

Моделот на ОП во Финска претставува систем во кој постојат повеќе ОП што се лоцирани во здравствените установи (Coets, 2016). Во Финска, потребно е секоја јавна и приватна здравствена установа да назначи ОП и поради тоа постојат над 2 000 професионалци во оваа област во различните делови од државата (Albuquerque, 2018). Назначувањето и присуството на ОП во здравствената установа и неговата активна комуникација со пациентите помага за обезбедувањето на пациентите со сите потребни информации во однос на нивните права и заштитата на нивните права. Услугите што ги дава финскиот ОП се јавно достапни и бесплатни (Бранимирова et al., 2009).

ОМБУДСМАНОТ НА ПАЦИЕНТИ ВО КРАЛСТВОТО НОРВЕШКА

Кралството Норвешка е втората држава во Европа што во своето законодавство ја уредува институцијата ОП со донесувањето на Законот за правата на пациентите во 1999 година, иако развивањето на ОП се случило во 1980 година, кога почнало да се обрнува посебно внимание на правата на пациентите. Интересен е фактот што „на крајот на 1990-тите години, омбудсманите на пациенти добивале околу 5 000 барања секоја година“ (Molven, 2007, стр. 134). Според објавените информации на веб-страницата на ОП во 2021 година, се достигнал рекорден број на лица што го контактирале ОП, и тоа до ОП биле поднесени 17 000 барања, кои биле зголемени за 2 200 барања повеќе од 2020 година.⁴⁶

ОП е уреден целосно и прилично исцрпно во Законот за правата на пациентите во главата 8, член 8-1 до 8-8. Во следните години законот претрпел неколку измени, а една од тие измени е промена на називот на законот во 2011 година. Новиот назив на законот е: Закон за правата на пациентите и корисниците (Patient and User Rights Act, 2019). Во 2008 година е променет и називот на главата 8, кој претходно во стариот закон бил омбудсман

⁴⁶ Види повеќе на: „A record number contacted the Patient and User Ombudsman in 2021“, достапно на: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/aktuelt/rekordmange-kontaktet-pasient-og-brukerombudet-i-2021>.

на пациенти, а со новиот закон називот е Претставник на пациентот и корисникот (Patient and User Rights Act, 2019, глава 8 од член 8-1 до 8-8). Иако е променет називот на главата, сепак целата таа глава се однесува на ОП.

Согласно членот 8-1 од Законот за правата на пациентите и корисниците, целта на ОП е: ОП треба да ја извршува својата дејност со цел да се грижи за потребите, интересите и правната сигурност на пациентите и корисниците во односите со државните специјалистички здравствени услуги, окружните стоматолошки здравствени услуги и општинските здравствени услуги и нега, и да го подобри квалитетот на здравствените услуги (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-1). Од наведениот член гледаме дека неговата улога се однесува на заштитата на правата и интересите на пациентите и на подобрувањето на здравствените услуги. За да се достигнат горенаведените цели, ОП мора да ги проследува случаите по поднесена жалба од страна на пациентите, да биде посредник за жалби што се поднесуваат до повисоките инстанции и да извршува и други работи во согласност со неговите должности, кои ќе ги видиме подолу.

Во членот 8-2 е уредено дека државата мора да се погрижи да има ОП⁴⁷ во секој округ (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-2). Во Норвешка постојат 11 окрузи и во сите нив има канцеларии на ОП. Во некои од тие окрузи има и по две канцеларии.⁴⁸ ОП имаат канцеларија што се наоѓа во еден од најголемите градови на округот, често онаму каде што се наоѓа најголемата болница, а некои од тие канцеларии се лоцирани и внатре во најголемата болница (Molven, 2007). Денес постојат 15 канцеларии во целата држава и со секоја од тие канцеларии и со вработените во канцелариите раководи ОП.⁴⁹

Во законот се нагласува потребата еден од ОП да има координативна улога со која ќе мора да придонесе за развивање заедничка методологија за работа, да им помага на другите П со систематско развивање на способностите и со давање насоки, да дава совети во поединечни случаи, да придонесува за заедничко решение и разбирање на принципите и набљудување на кој начин им се дава приоритет на различните групи на пациенти и корисници при давањето услуги (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-2). Делокругот на неговата работа ги опфаќа државните специјалистички здравствени услуги, окружните стоматолошки здравствени услуги и општинските здравствени услуги и нега (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-2).

Законот јасно истакнува дека омбудсманот на пациентите и корисниците треба своите активности да ги извршува самостојно и независно (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-2), а со тоа се потенцира важноста ОП да биде независен и самостоен орган при извршувањето на своите должности.

Законот издвојува посебен член за правото да се контактира ОП. Имено, ОП може да ги разгледа случаите што се поврзани со државните специјалистички здравствени услуги, окружните стоматолошки здравствени услуги и општинските здравствени услуги и нега врз основа на усно или писмено барање поднесено од граѓаните или по сопствена иницијатива (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-3). Оттука произлегува дека не е неопходно да се поднесе писмено барање, туку и усно може да се контактира ОП. Она што е важно е дека секој (пациенти, здравствен персонал и други лица) може да му се обрати на ОП и да побара неговиот случај да се земе на разгледување. Кога лицата се обраќаат до ОП, имаат право да останат анонимни доколку тие го побараат тоа.⁵⁰

⁴⁷ Омбудсманите на пациенти во окрузите функционираат под Министерството за здравство.

⁴⁸ Види повеќе на: „Pasient og brukarombudet“, достапно на: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/om-oss>.

⁴⁹ Види повеќе на: „Pasient og brukarombudet“, достапно на: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/om-oss>.

⁵⁰ Во практиката најчесто се случувало здравствените работници и другите вработени во здравствената установа да го контактираат омбудсманот на пациенти и да побараат од него да останат анонимни. Тоа се случувало во ситуации кога здравствениот персонал сметал дека треба да обезбеди информации за одреден случај што сметал дека е на штета на пациентите и морало да се преземат мерки за да се поправи. Види повеќе на: Molven O., (2007) „The Patient Ombudsman - The Norwegian experience“, достапно на: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i2p105-155>.

Со законот се предвидува дека ОП проценува и одлучува дали барањето дава доволна причина и основи за да биде преземен случајот од негова страна и да постапува по него (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-4). Во ситуација кога ОП нема да го прифати барањето и да го преземе случајот, потребно е пациентите или корисниците да бидат известени во писмена форма дека предметот не е преземен на разгледување и да им се даде објаснување поради која причина нема да се постапува по предметот (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-4).

Законот предвидува право на омбудсманот на пациенти и корисници да бара и да добива информации од другите органи доколку има потреба од тоа.⁵¹ Имено, секој јавен орган и другите тела што вршат административни услуги се задолжени да му ги дадат потребните информации на ОП за извршувањето на неговите задачи (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-5).

Норвешкиот закон предвидува и право на слободен пристап на ОП до просториите во кои се даваат и се обезбедуваат здравствените услуги (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-6).

Задачите и должностите на ОП се уредени во членот 8-7 и тие се:

1. Омбудсманот на пациентите и корисниците треба да дава информации, совети, насоки и консултации во разумна мера на оние што тоа го побарале од него во однос на прашања што се поврзани со делокругот на неговата работа (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-7).

Ова е една од неговите главни задачи и се однесува на тоа дека кога пациентите и корисниците ќе побараат помош од ОП, тој треба да им даде насоки, совети и информации за нивните права што произлегуваат од законот, но може да оди и пошироко со давање поддршка на пациентите во ситуации кога тие треба да остварат средба со персоналот на здравствените установи. Во согласност со оваа должност, ОП треба да постапува по поднесените жалби од страна на пациентите на неформален начин, т. е. со барање од здравствената служба да ги извршува своите должности кон пациентите или, на формален начин, со барање надзорниот орган да ја промени одлуката или да примени дисциплински мерки за одреден здравствен работник или здравствена установа (Molven, 2007). Пациентите може да добијат помош од ОП доколку имаат потреба од помош во однос на задоволувањето на потребите, правата и интересите од страна на здравствените установи и здравствените работници или, пак, доколку имаат потреба од помош да го донесат случајот и да поднесат жалба до повисоките инстанции.⁵²

ОП не прави ништо што е спротивно на волјата на пациентот⁵³, иако постојат ситуации кога ОП ќе мора да го извести надзорниот орган, за кое ќе видиме подолу.

ОП дејствуваат и како адвокати и како градители на мостови, односно треба да дејствуваат на формален и на неформален начин, каде што фокусот ќе биде ставен прво на користење на неформалниот пристап, но доколку не е соодветен и не постигнува резултати, тогаш да се пристапи кон преземање формални чекори (Molven, 2007).

2. ОП мора да го извести и да го информира секое лице што се обратило кај него за случајот и за постигнатите резултати, како и накратко да му даде објаснување за постигнатите резултати (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-7).

⁵¹ На пример: Доколку омбудсманот на пациенти побара од здравствените установи да му бидат дадени некои информации за извршување на своите должности, тогаш тие треба да го направат тоа согласно членот 8-5 од законот.

⁵² На пример: Националниот одбор за здравствен надзор или Системот за компензација на пациентите.

⁵³ На пример: Ако пациентот не сака да поднесе жалба до надзорниот орган, тогаш омбудсманот на пациенти мора да го почитува пациентот, дури и ако е очигледно дека пациентот ќе го добие случајот. Види на: Molven O., (2007) „The Patient Ombudsman - The Norwegian experience“, достапно на: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i2p105-155>.

Оваа негова должност, во зависност од случајот, може да вклучува, на пример: праќање копија од конечниот извештај од ОП до релевантната здравствена установа или копија од жалбата пратена до Националниот одбор за здравствен надзор (Molven, 2007).

3. Омбудсманот на пациентите и корисниците има право да ги искаже своето мислење и своите ставови за прашања што спаѓаат во делокругот на неговата работа и дејности и да предложи конкретни мерки за подобрување. Во овие случаи, ОП самиот донесува одлука и проценува до кого треба да се упатат овие изјави, кои не се обврзувачки (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-7).

Оваа должност помага за подобрувањето на квалитетот на здравствените услуги, но и ни укажува дека улогата на ОП е ограничена. ОП не донесува материјални одлуки што се обврзувачки за другите, туку донесува само изјави⁵⁴ што не се обврзувачки според горенаведениот член од законот (Molven, 2007). Доколку здравствената установа го нема истото мислење со ОП и неговите ставови искажани во изјавите, тогаш ОП може да го предаде предметот до надзорниот одбор (Националниот одбор за здравствен надзор) за донесување одлука што ќе биде правно обврзувачка и овој факт во практиката ги поттикнува здравствените установи да склучат договор пред да се предаде предметот до надзорниот орган (Molven, 2007).

Мошне често, ОП има случаи каде што е предизвикана штета на пациентите поради лекување во здравствените установи, па тогаш ОП може да побара подетални информации со цел разјаснување на фактите, и откако ќе го разгледа случајот, да го упати пациентот до Системот за компензација на пациентите⁵⁵, се разбира, доколку пациентот сака да побара обесштетување (Molven, 2007).

4. ОП мора да ги извести надзорните органи за случаи што треба да ги следат релевантните институции и, доколку е потребно, да направат дополнителни активности од нивна страна (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-7).

Надзорниот орган ги следи случаите каде што е можно да постои прекршување на должноста од страна на здравствените работници или здравствените установи и тоа да предизвикало повреда на правата на пациентите или претставува закана за безбедноста на здравствените услуги, па доколку ОП е вклучен во ваков случај, тој има должност веднаш да го извести надзорниот орган (Националниот одбор за здравствен надзор), без оглед на мислењето на пациентот (Molven, 2007).

5. Омбудсманот на пациентите и корисниците мора да се погрижи да биде позната шемата на ОП (Patient and User Rights Act, 2019, член 8-7).

Ова означува дека ОП треба да презема активности со цел неговата улога да стане позната, на пример, со објавување на својата улога. Во Норвешка се прави евалуација на ОП во различните окрузи. Во 1990 година, во округот Норланд, ОП добил околу 750 барања од страна на пациентите или други лица (Molven, 2007). При евалуацијата⁵⁶ биле анкетирани 308 пациенти, и 92 % од овие пациенти одговориле дека било лесно да се контактира ОП, додека, пак, во однос на причините поради кои стапиле во контакт со ОП, се покажало дека околу 50 % се жалеле поради неуспех на третманот што го добиле (Molven, 2007).

Поради постоењето на ОП, голем број пациенти добиле дополнителни прегледи, повеќе информации,

⁵⁴ Овие изјави имаат тежина врз здравствените служби во зависност од тоа колку тие избираат да им ги дадат, а тоа многу зависи од фактот колку овие изјави се убедливи во нивната содржина и аргументи, но и од кредибилитетот што ОП го изградил од претходните случаи. Види повеќе на: Molven O., (2007) „The Patient Ombudsman - The Norwegian experience“, достапно на: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i2p105-155>

⁵⁵ Види повеќе за „Norwegian Patient Injury Compensation“, достапно на: <https://www.npe.no/>

⁵⁶ Во некоја друга евалуација што се направила во округот Норланд во однос на поддршката што ја добиле пациентите од омбудсманот на пациенти се добиле следниве податоци: 68 % одговориле дека добиле голема поддршка од ОП, 24 % од испитаниците одговориле дека добиле средна поддршка и само 8 % одговориле дека помошта што ја добиле била многу мала или воопшто не ја добиле. Види повеќе на: Molven O., (2007) „The Patient Ombudsman - The Norwegian experience“, достапно на: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i2p105-155>.

понатамошни третмани, обесштетување и друго, но доколку не постоел ОП, можеби и немало да ги добијат. Според едно истражување во Државната универзитетска болница во Осло во 1990 година, се заклучило дека во периодот од две години пациентите во болницата добиле вкупно 2 милиони долари како обесштетување, кое веројатно не би било платено доколку не бил воспоставен ОП (Molven, 2007). Исто така, испитувани биле и здравствените работници, од кои 87 % истакнале дека ОП имаат важна улога при заштитата на правата на пациентите, додека, пак, само 13 % истакнале дека немаат важна улога (Molven, 2007). Во годишните извештаи на ОП постојат многу изјави што укажуваат на неговата клучна улога во менувањето на системите со цел да се обезбеди подобар квалитет на здравствените услуги (Molven, 2007). Денес се објавуваат годишни извештаи за ОП во сите канцеларии.⁵⁷

РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Во Република Северна Македонија не постои ОП, но постојат други органи што помагаат при заштитата на правата на пациентите, и тоа: комисији⁵⁸, советник⁵⁹ и други органи предвидени со Законот за заштита на правата на пациентите (Закон за заштита на правата на пациентите, бр. 82/08, бр. 12/09, бр. 53/11, бр. 150/15, бр. 190/19). Освен овие органи, и Народниот правобранител може да постапува во областа на здравствената заштита.⁶⁰ Граѓаните имаат право да поднесат претставка кога им се повредени правата во областа на здравствената заштита пред Народниот правобранител. Од статистичките податоци во годишните извештаи⁶¹ може да видиме колку подносителите поднеле претставка пред Народниот правобранител.

Табела бр. 1 Поднесени претставки пред омбудсманот во областа на здравствената заштита во периодот од 2014 година до 2021 година (Годишни извештаи на Народниот правобранител по години – Годишни извештаи за степенот на обезбедување, почитување, унапредување и заштита на човековите слободи и права во периодот 2014-2021 година).

Година	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Поднесени претставки	125	79	83	101	77	106	53	80

Од табелата согледуваме дека граѓаните барале помош од омбудсманот во однос на здравствената заштита и најмногу поднесени претставки има во 2014 година.

Секојдневно слушаме за најразлични случаи каде што се повредени правата на пациентите, пациентите не се задоволни од здравствените услуги, пациентите добиваат погрешен третман и лекување итн. Дали и колку горенаведените органи помагаат за заштита на правата на пациентите и подобрување на здравствените услуги се прашања за кои треба да се направат подетални истражувања.

⁵⁸ Комисија за унапредување на правата на пациентите во општината, член 39-43 од Законот за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, бр. 12/09, бр. 53/11, бр. 150/15, бр. 190/19.

⁵⁹ Советник за заштита на правата на пациентите во здравствената установа во која се сместуваат пациенти, член 45 од Законот за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, бр. 12/09, бр. 53/11, бр. 150/15, бр. 190/19.

⁶⁰ „Области во кои постапува Народниот правобранител на Македонија“, види повеќе на: <https://ombudsman.mk/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B0/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9F%D0%A3%D0%92%D0%90%D0%8A%D0%95/%D0%9E%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BB.aspx#zdravstvo>.

⁶¹ Годишни извештаи на Народниот правобранител по години – Годишни извештаи за степенот на обезбедување, почитување, унапредување и заштита на човековите слободи и права во периодот од 2014 до 2021 година, достапно на следната веб-страница: https://ombudsman.mk/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B0/%D0%93%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%88%D0%BD%D0%B8_%D0%B8%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D0%B8.aspx.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ


Република Финска е првата европска држава што го уредила ОП. Од разгледувањето на неговата улога се заклучи дека неговите должности се сведуваат на советување, помагање и информирање на пациентите за нивните права што произлегуваат од законот. Неговата улога во процесот на поднесување жалба се сведува на помагање на пациентите при изготвувањето и поднесувањето на жалбата, но ОП не е активно вклучен во процесот на решавање на конфликтот помеѓу страните. Улогата на финскиот ОП е тесна и ограничена, но сепак функционира за заштита на правата на пациентите, бидејќи идејата е давањето информации да влијае врз ставовите, да спречи конфликти и да се промовираат правата на пациентите.

Шемата на норвешкиот ОП има добра правна основа и јасно и детално е опишана неговата цел и улога во законот, а се потенцира и неговата самостојност и независност како орган при извршувањето на своите должности. Улогата на норвешкиот ОП е поширока за разлика од финскиот ОП. Главната цел на норвешкиот ОП е да се заштитат правата и интересите на пациентите, да се погрижи за потребите на пациентите и да придонесе за подобрувањето на квалитетот на здравствените услуги. ОП има право и овластување да постапува по барањата поднесени од страна на пациентите и може да работи на неформален начин, но и на формален начин, доколку е потребно, со цел да се погрижи за правата на пациентите, односно дејствува и како адвокат, но и како градител на мостови. ОП има право да ги искажува своите мислења и ставови во изјави што помагаат за подобрувањето на здравствените услуги. Благодареејќи на постоењето на овој систем, се подобриле здравствените услуги и голем број од пациентите добиле помош и оствариле резултати што не би ги оствариле ако не постоел ОП.

Од системите на финскиот и на норвешкиот ОП заклучивме дека ОП игра значајна улога и покажува огромни резултати во однос на помагањето на пациентите, заштитата на нивните права и подобрувањето на квалитетот на здравствените услуги, а тоа ги мотивирало и другите држави да го воведат ОП во нивното законодавство. Оттука, се поставува прашањето дали е неопходно да ја воведеме ова институција и во нашето законодавство? Во таа насока, препорачувам да се направи истражување во однос на тоа колку институциите во нашата држава им се од помош на пациентите за заштита на нивните права и помагаат за подобрувањето на здравствените услуги и да се направи споредба со институцијата ОП во однос на ефикасноста и должностите.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Albuquerque A., (2018), „Patient ombudsman: rights in health care“, Revista Bioética, 26 (3), 326-332 достапно на: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1675/1932;
- „Annual reports for the patient and user ombudsmen in Norway“, достапно на: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv/>;
- „A record number contacted the Patient and User Ombudsman in 2021“, достапно на: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/aktuelt/rekordmange-kontaktet-pasient-og-brukerombudet-i-2021>;
- Act on the Status and Rights of Patients, No. 785/1992, достапно на: <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/19920785>;
- Бранимирова Јанкова А., Красимиров Савов И., Ивов Кирилов К., Любомиров Доманов Н., Георгиева Илиева Н., Стефанов Тодоров Т., (2009) „Правата на пациента в законодателството на држави от Европскиот Сјюз и на Израел“, Софија;
- Годишни извештаи на Народниот правобранител по години – Годишни извештаи за степенот на обезбедување, почитување, унапредување и заштита на човековите слободи и права во периодот од 2014 до 2021 година, достапно на: https://ombudsman.mk/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%BO/%D0%93%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%88%D0%BD%D0%B8_%D0%B8_%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D0%B8.aspx;
- Давитковски, Б., Тупанчевски, Н., Павловска-Данева, А., Деаноска-Трендафилова, А., Караџинска-Бислимовска, Ј., Спасовски, М., Чакар, З., Косевска, Е., (2009) „Право и јавно здравство“, Скопје;
- Dzhafer N, Vodenicharov T, Papathanasiou J., (2020) „Does the Bulgarian health care system need a health ombudsman?“, Folia Medica, Plovdiv, 62(2), 391-397, достапно на: <https://foliamedica.bg/article/47655/>;
- Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 82/08, бр. 12/09, бр. 53/11, бр. 150/15, бр. 190/19;
- Molven O., (2007) „The Patient Ombudsman - The Norwegian experience“, Revista De Direito Sanitário, 8(2), 105-155, достапно на: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i2p105-155>;
- „Norwegian Patient Injury Compensation“, достапно на: <https://www.npe.no/>;
- „Области во кои постапува Народниот правобранител на Македонија“, достапно на: <https://ombudsman.mk/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%BO/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9F%D0%A3%D0%92%D0%90%D0%8A%D0%95/%D0%9E%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8.aspx#zdravstvo>;
- „Pasient og brukerombudet“, достапно на: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/om-oss>;
- „Patient and User Rights Act“, 2019, достапно на: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_8
- Coets Jenifer-E., (2016), „The Ombudsman in health Services. Cross - border Comparison of the right to an ombudsman in Belgium, Finland and the Netherlands“, Masterproef van de opleiding, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Gent, достапно на: <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:002304253>.



МОРТИФИКАЦИЈАТА НА ДОСТОИНСТВОТО И СОЛИДАРНОСТА ВО ПЕРИОД НА ЗДРАВСТВЕНА КРИЗА – ПРАВНО-ФИЛОЗОФСКИ ПРИСТАП

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Христина Балканов

РЕЗИМЕ

Во оваа правна анализа се разгледува правото на здравје и пристапот до здравствена заштита со посебен осврт на одредбите од Европската конвенција за заштита на човековите права и фундаменталните слободи, односно Европската конвенција за човекови права (ЕСЧП), во врска со пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19, како и забележување на предизвиците со кои се соочиле или се соочуваат бездомните лица за време на здравствената криза. Правото на здравје традиционално припаѓа во т.н. втора генерација човекови права. Од антрополошко-хуманистички аспект, правото на здравствена заштита треба да му биде достапно секому, а тоа претставува предизвик за политичките идеологии и политиките на државите што се стремат да бидат социјални. Пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19 е природен експеримент, односно одлична можност за студија на случај во однос на уживањето на правото на здравствена заштита. Во таа насока, корисно е да се разгледа начинот на кој државите потписнички на ЕКЧП изреагираа во конкретната ситуација, нивната потенцијална одговорност и да се забележи зошто може да се констатира слабост на пристапот на Европскиот суд за човекови права во Стразбур (ЕСЧП) наспроти пандемијата. Имајќи ја предвид фундаменталноста на човековите права, јавното здравје и социјалната теорија во согласност со принципот на солидарност, на правото на здравје и правото на здравствена заштита треба да се гледа како на некомерцијални права. Ова звучи утопистички, имајќи ги предвид комодификацијата на концептот на здравјето и здравствената заштита и резултатите од неолибералистичкиот капитализам и комерцијализацијата на човековите права. Филозофските размисли се движат во насока на тоа дека правото на здравје, а деривативно и правото на здравствена заштита произлегуваат од инхерентното „достоинство“ на човековата личност. Како и да е, сепак, очигледен е „велот на мистерија“ со кој е обвинена оваа правна сфера, и тоа не само од филозофски аспект, туку и од гледна точка на политиката и дискусиите во академските кругови. Сето ова добива една сосема поинаква димензија кога станува збор за бездомните лица. Во таа смисла, важно е да се разбере дека бездомништвото е покомплексен проблем едноставно од недостиг на место за живеење. Конечно, со помош на горенаведените концепти, целта на оваа анализа е да се приближиме до тоа кои се начините ефикасно да се обезбеди квалитетна медицинска нега за колку што е можно поголем број индивидуи.

Клучни зборови: здравје, здравствена заштита, достоинство, солидарност, КОВИД-19, ЕКЧП, бездомништво.

ВОВЕД

Темите за здравјето и здравствената заштита се актуелизираа особено поради пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19, која иако, според мислењето на многумина, се смета за надмината, сепак ги отвори дилемите во однос на предизвиците што го очекуваат човештвото, а кои, секако, повторно ќе се родат доколку во иднина се појават слични здравствени кризи.

Дебатите во однос на овие аспекти од човековото битисување не се релевантни само во Република Северна Македонија, ниту, пак, единствено на регионално ниво, напротив, интересот постои на глобално ниво. Одговорноста на државите во однос на (не)постапувањето секако постои, особено доколку таа се стави во корелација со ЕКЧП, а иако е достапна судска практика, сепак, и во овој момент сè уште се присутни многу дилеми. Внимателното разгледување на последиците од толкувањето на одредбите на Европската конвенција за заштита на човековите права и фундаменталните слободи, односно Европската конвенција за човекови права (ЕКЧП) при решавањето на случаите од страна на Европскиот суд за човекови права во Стразбур (ЕСЧП), секако, остава простор за коментар и за одговорноста при (не)постапувањето на нашата држава.

Дополнително, дискусијата се разгорува кога ќе се спомене маргинализираната категорија бездомни лица. Храброста на оваа анализа во таа смисла значеше пораз. Поразителноста на сознанијата се однесува на ситуацијата во глобални рамки, меѓутоа особено се однесува на Република Северна Македонија. Овој аспект совршено ја претставува реалноста на граѓаните на нашата држава и ја означува потребата за почетокот на борбата... или, можеби, нејзиниот крај...

Впрочем, недостапноста на соодветни податоци за здравствената состојба на бездомните лица во Република Северна Македонија, а особено незаинтересираноста за оваа категорија лица во периодот на кризата со пандемијата предизвикана од КОВИД-19 е дебакл. По она што (не) може да се види, се чини дека бездомни лица и воопшто не постојат, односно нивната застапеност во општеството е занемарлива. Сепак, секојдневието укажува и уважува дека егзистира сосема спротивна стварност, скриена зад превезот на споменатата незаинтересираност. Како што веќе е споменато, иако не постојат сеопфатни официјални податоци од институции и/или организации во Република Северна Македонија, а во однос на бездомните лица, сепак треба да се спомене егзистирањето и работењето на Пунктот за бездомници во Момин Поток на Црвениот крст на град Скопје, како и невладините и независните организации што работат со група потенцијални бездомници, како што се „Една може!“, „Национална мрежа против насилство врз жени“ и организации како што се „Црвен крст“ и „Љубезност“. За разлика од недоволно прецизираната институционална и вонинституционална рамка во нашата држава на ниво на Европската Унија, постои „ФЕАНТСА“, која всушност претставува европска федерација на национални организации што работат со бездомниците. Оваа мрежа финансиски е поддржана од Европската комисија и соработува со останатите институции на ЕУ, а, меѓу другото, има и консултативен статус во Советот на Европа и Обединетите нации. На овој начин се овозможува симбиоза во пристапот и постапувањето со бездомните лица, но иако обврската да се справи со бездомништвото останува на секоја држава членка, сепак изработена е „Европската платформа за борба против бездомништвото“, а финансирањето се овозможува преку Европскиот социјален фонд плус и Европскиот регионален фонд за развој.

Конечно, со цел воопшто да се создадат услови да се дискутира за евентуалната одговорност на државите според ЕКЧП и сериозните проблеми со кои се соочуваат бездомните лица, потребен е сериозен правно-филозофски пристап кон разгледувањето на тоа што значи право на здравје, дали и како тоа е поврзано со достоинството, како да се толкува апликацијата на концептот на солидарност врз правото на здравје и зошто сè уште се присутни несогласувања во овој сегмент, и тоа на глобално ниво.

ПРАВО НА ЗДРАВЈЕ И ДОСТОИНСТВОТО

Се поставува дилемата дали ако човековите права се морални права на секој човек и се директно втемелени во човечкото достоинство, тогаш и здравјето може да се конципира како човеково право од филозофска перспектива? Човековите права, вклучително и правото на секого да го ужива највисокиот достиген стандард на физичко и ментално здравје, се засновани врз заштита и унапредување на човечкото достоинство. Иако посветеноста на човечкото достоинство е широко споделена вредност, прецизното дефинирање на терминот е неостварливо. Некои зборови се сеприсутни, важни, интуитивно сфатени од сите, а сепак немаат јасни дефиниции. Такви зборови се љубов, надеж, правда и пријателство. Во оваа група спаѓа и човечкото достоинство. Сепак, како и другите инструменти за човекови права, преамбулата на Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, централниот документ што го признава правото на здравје, ги поврзува правата наведени во него со човечкото достоинство: неговата формулација е „Признавајќи дека овие права произлегуваат од вроденото достоинство на човечката личност“, но повторно без објаснување како и зошто здравјето или, во таа материја, кои било други права идентификувани во Пактот произлегуваат од човечкото достоинство. Општиот коментар 14, односно основното толкување на правото на здравје од страна на Комитетот на Обединетите нации за економски, социјални и културни права, исто така не обезбедува изложување на човечкото достоинство или теоретска основа за правото. Во оваа насока, наједноставно, здравјето може да се разгледува: од една страна, право на здравје како навика, односно стил на живот, а, од друга страна, право, кое оние чии однесување, дејствија или одлуки имаат влијание врз оние детерминанти на здравјето врз кои не може да влијае носителот на правото, не смее да се впуштаат или да избираат однесувања што го загрозуваат тоа право, поточно недопуштено за преземање дејствија или за донесување одлуки што му штетат или му ја влошуваат здравствената состојба на носителот на правото.

Во таа насока, релевантна е должноста на секој човек кон здравјето. Затоа, потребно е разбирање на односот и разликите помеѓу концептите на должност и одговорност, или како што Бирнбахер ги нарекува „ex ante“ одговорност – должност и „ex post“ одговорност – одговорност (Birnbacher, 2001). Така, должноста е ограничување на постапувањето, кое има цел да го регулира однесувањето со пропишување на она што човек треба да го прави или да се воздржи. Имено, таа не лишува од избори во секојдневието, што значи дека воопшто не се дискутира за каков било вид принуда. Сепак, кога и под кои околности некој може да одговара за неговата здравствена состојба и однесување? Во кои ситуации некој може да биде ослободен од поднесување на трошоците за „нездрав“ однесување?

Дискусиите за правата, иако се непобитно есенцијални, доведуваат до воочување на прекршувањата на она што би требало да биде важно во меѓусебните релации. Тука треба да се обрне внимание на фактот дека, всушност, првите болници биле институции на христијанска добротворна организација (Crislip, 2005), а идејата за здравствено осигурување има свои корени во средновековниот еснафски систем и меѓусебната грижа на членовите на еснафот (Oberender, Hebborn, Zerth, 2002). Можеби во процесот на живеење во општество не станува секогаш збор за правата и должностите, туку многу повеќе за духот во кој се извршуваат правата и должностите и за тоа дали поединците составени од него се подготвени да се издигнат над моралниот минимализам.

„Не е доволно мирот и слогата меѓу луѓето да се зачуваат со правила на правдата, освен ако не дојде до дополнителна консолидација на заемната љубов“ (Thomas de Aquino, 1225-1274).

ПРАВО НА ЗДРАВЈЕ И СОЛИДАРНОСТ

Правото на здравје припаѓа во втората генерација човекови права или т.н. социјални права, па така, главниот проблем во замислувањето и лоцирањето на правото на здравје како „законско право“ е тоа што го раѓа прашањето за способноста за распоредување механизми за решавање на структурната природа на проблемите поради кои се појавија социјалните права. Социјалните права се појавија како одговор на голем број социјални неволји, а ги вклучуваат сиромаштијата и социјалната нееднаквост и останатите форми на лишување и маргинализација. Замислено како „законско право“, правото на здравје е поврзано со потребите на индивидуата, но сепак, не значи справување со суштинските колективни елементи на социјалните права.

Големата задача на сите правни и социјални институции е да се обидат да најдат начин како да ги организираат човековите права за да обезбедат најголем нето-бенефит за човештвото во целина. Тоа не смее да се дозволи да им служи на провинциските или парохиските цели на која било група, колку и да е дискретна и моќна. Во овој поглед, правата се инструменти на човековата благосостојба, а не цел сами по себе.

Меѓутоа, без оглед на практичната реалност, пазарните принципи опишуваат интеракција што се смета за комутативна и каде што сите поединци се поврзуваат врз основа на понудата и побарувачката. Според тие принципи, не е „неправедно“ да се даде во замена за нешто помалку од неговата пазарна цена. Со оглед на тоа што немаат сите иста куповна моќ, не е погодно да се очекуваат пазарните принципи да им овозможат на сите да ги користат тие услуги. Затоа, важен концепт врз кој се базираат успешните општества е концептот на солидарност. Најважниот придонес на солидарноста е да ги инкорпорира принципите на дистрибутивната правда што се однесуваат на социјалните права. Солидарноста промовира принципи на дистрибуција што се способни да го користат универзалниот пристап до социјалните права. Солидарноста се појавува како природен принцип што ја води изградбата на космополитски проект на граѓанство.

ПРАВО НА ЗДРАВЈЕ НА ГЛОБАЛНО НИВО

Угледниот британски меѓународен адвокат Лаутерпахт славно забележал дека „...ако меѓународното право е на точката на исчезнување на правото, правото на војната е точката на исчезнување на меѓународното право“ (Lauterpacht, 1950 стр. 360, 382). Така, безбедно е да се каже дека ако економските и социјалните права се на точката на исчезнување на законот за човекови права, тогаш правото на здравје е на точката на исчезнување на економските и социјалните права. Загриженоста првично произлегува од теориите за правата што се суштински некомпатибилни со пристапот усвоен според меѓународното право, како што е, на пример, либертаријанската теорија. Како последица на тоа, онаму каде што ваквите теории имаат силно влијание врз развојот на политиката, спроведувањето на правото на здравје, како што се подразбира во меѓународното право, во најдобар случај, ќе биде проблематично. Понатаму, проблематични се и фреквенциите на акцентирањето на опсегот на интересот. Со ваквото пренагласување, кое често е надвор од границите на разумност и изводливост, таквиот пристап ризикува да го минимизира значењето на правото на здравје на само реторичко тврдење неспособно да влијае врз политиката на здравјето и неговите социјални детерминанти. Уште еден сомнителен аспект е и пристапот кон толкувањето на одредбите од меѓународните документи, а кој мора да биде принципиелен, практичен, кохерентен и соодветен на контекстот. Еднакво специфичен е степенот до кој некои од клучните играчи се одлучуваат да не се вклучат во толкувањето на правото на здравје. Меѓутоа, сепак, „теоријата за човекови права не може разумно да се ограничи на правниот модел во кој таа често е затворена“ (Sen, 2004, стр. 315, 319-320). Постои потреба да се признае дека иако обврската наметната на државите може да биде објаснета во правна смисла, таа, исто така, има огромен трансформативен потенцијал и е длабоко

политичка. Го предизвикува општеството да размислува. Таа бара евалуација на културните и социјалните практики, системи и структури, и локални и глобални, кои ги поткопуваат достапноста, пристапноста, прифатливоста и квалитетот на медицинските услуги и социјалните детерминанти на здравјето. Бара посветеност од државите да преземат разумни мерки за да ги трансформираат овие практики, системи и структури со цел да го обезбедат правото на секој поединец на највисок можен стандард на физичко, но и на ментално здравје.

ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СПОРЕД КОНВЕНЦИЈАТА ЗА ЗАШТИТА НА ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА И ФУНДАМЕНТАЛНИТЕ СЛОБОДИ ЗА ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЈАТА ПРЕДИЗВИКАНА ОД ВИРУСОТ КОВИД-19

За ваква анализа, појдовна точка се одредбите на Европската конвенција за заштита на човековите права и фундаменталните слободи, односно Европската конвенција за човекови права⁶² (ЕКЧП) и судската практика на Европскиот суд за човекови права во Стразбур (ЕСЧП). Конвенцијата е основата на која се гради современото законодавство на земјите што припаѓаат на европската правна култура, па затоа детална анализа на дејствијата на поединечните држави членки може да се изврши само откако ќе се утврди значењето на Конвенцијата во контекст на борбата против пандемијата. Првенствено, станува збор за утврдување на тоа дали Конвенцијата обезбедува соодветна основа за надминување на пандемијата или, парадоксално, стандардите на Конвенцијата може да ја попречат оваа борба.

Стандардите за заштита на човековите права вклучени во Конвенцијата функционираат на две нивоа. Од една страна, тие може да им постават обврски на јавните власти да преземат заштитни мерки во борбата против вирусот КОВИД-19, а, од друга страна, тие го одредуваат опсегот на дозволените дејствија, заштитувајќи ги основните права и слободи на поединецот.

Прво треба да се истакне дека ЕКЧП не го гарантира правото на здравје или правото на здравствена заштита како такви.

Сепак, Европскиот суд за човекови права долго време ја втемелува можноста за заштита на здравјето на поединците врз основа на одредбите наведени во Европската конвенција за човекови права. Во принцип, оваа заштита произлегува од членовите 2, 3 или 8 од ЕКЧП.

⁶² European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Council of Europe, 1950.

ЧЛЕН 2 ОД ЕКЧП

Врз основа на членот 2 став 1 од ЕКЧП, Судот не само што ги обврзува државите да се воздржат од дејствија што би можеле да доведат до намерно и незаконско лишување од човечки живот, туку ги обврзува и да преземат позитивни дејствија, кои, пред сè, ја чуваат основната вредност на човечкиот живот до потребната мера. Во некои случаи, овие обврски директно се претвораат во обврски на државата кон пациентите. Така, постојат неколку релевантни случаи што треба да се разгледаат. Во случајот *Валентин Кампеану против Романија [ГСС] (Valentin Campeanu v. Romania бр. 47848/08 § 134-47 ECHR 2014) [GC]*, Големиот судски совет пресуди дека сместувањето на пациентот во медицинска установа што не е подготвена да обезбеди соодветна грижа за потребите на пациентот, префрлањето на пациентот од една установа во друга без соодветна дијагноза и неуспехот да се обезбеди соодветна форма на терапија, која придонела за прерана смрт на пациентот од 18-годишна возраст, претставува повреда на членот 2 од ЕКЧП и од суштински и од процедурален аспект.

Следствено, дејствијата и пропустите на државата во областа на политиката за јавно здравје може, во некои ситуации, да доведат до одговорност на државата според членот 2 од ЕКЧП, па речиси и треба да се тврди дека прекршувањето на правото на живот на пациентот се случува секогаш кога државите членки го ставаат животот на пациентот во опасност со тоа што одбиваат да ја овозможат медицинската помош што се обврзани да му ја овозможат на целото општество. Оваа теза особено се однесува на случаите на итна здравствена заштита.

Во врска со случаите на Вилијам и Анита Пауел против Обединетото Кралство (*William and Anita Powell v. United Kingdom бр. 45305/99, ECHR 2000-V*) и *Калвели и Циглио против Италија [ГСС] (Calvelli and Ciglio v. Italy бр. 32967/96, § 48, ECHR 2002-I) [GC]*, Судот повтори дека членот 2 став 1 ѝ наложува на државата не само да се воздржува од намерно и незаконско одземање на животот, туку и да преземе соодветни чекори со цел да ги заштити животите на оние што се под нејзина јурисдикција. Овие принципи важат и за областа на јавното здравје, бидејќи дејствијата и пропустите на властите во контекст на политиките за јавно здравје може, во одредени околности, да ја вклучат одговорноста на државата според суштинскиот дел од членот 2 од ЕКЧП.

Од особена важност при одредувањето на обемот на позитивните обврски на државата е случајот *Алтуг и другите против Турција (Altug and others v. Turkey бр. 32086/07 ECHR 2015)*, во кој смртта на пациентот била резултат на насилна алергиска реакција на дериват на пеницилин администриран со интравенска инјекција. Судот утврди дека правото на живот на пациентот било повредено како последица на неуспехот на властите да обезбедат соодветно спроведување на релевантните законски прописи.

Во согласност со тезата презентирана погоре, повикувајќи се на опсегот на одговорноста на државата според членот 2 од ЕКЧП, Судот е на мислење дека споменатиот член може да биде прекршен кога државата не создала ефективни механизми што гарантираат пристап до медицинска нега за пациенти во ситуација опасна по живот. Освен овие ситуации, Судот се воздржува од извлекување заклучоци за можноста за извлекување позитивни обврски на државата во однос на здравствената заштита од членот 2 од ЕКЧП (Magochini, 2013). Судот не изведува индивидуални права на здравствената заштита од членот 2 од ЕКЧП. Таа се ограничува на укажување на обврските на државата да обезбеди заштита на животите на поединците доколку нивните животи се загрозувани, што особено ја вклучува обврската за обезбедување ефективен пристап до здравствена заштита. Дополнително, Судот се оградува од дефинирањето на *in abstracto* околностите под кои ситуацијата би можела да се класифицира како итна медицинска ситуација, секојпат ограничувајќи се на анализа на вистинскиот случај (Nissen, 2018).

Особено е важно да се нагласи дека позитивните обврски бараат од државите да воведат законодавство што ги принудува болниците, приватни и јавни, да усвојат соодветни мерки за заштита на животите на пациентите.

Ова значи дека во ситуации кога животот на пациентот е загрозен, членот 2 од ЕКЧП мора да остане основна референтна точка. Од судската практика презентирана погоре може да се изведе неспорно позитивно обврзување на државата да усвои ефикасен механизам што гарантира пристап до медицинска нега на пациентите во ситуации опасни по живот. Следствено, одбивањето да им се обезбеди помош на одредена категорија пациенти или ограничувањето на нивниот пристап до здравствена заштита се повикува на одговорноста на државата согласно членот 2 од ЕКЧП.

Ова се однесува и на пациентите заразени со КОВИД-19 и на оние што се во животозагрозувачка состојба поради други причини. Треба да се нагласи дека, според членот 15 став 1 од Конвенцијата, „во време на војна или друга јавна вонредна состојба, која го загрозува животот на нацијата, секоја договорна страна може да преземе мерки што отстапуваат од обврските според Конвенцијата до степен што строго го бараат итните состојби на ситуацијата, под услов таквите мерки да бидат во согласност со другите нејзини обврски според меѓународното право“. Истовремено, според членот 15 став 2, „нема отстапување од членот 2, освен во однос на смртни случаи што произлегуваат од законски воени дејствија или од членовите 3, 4 став 1 и 7 според оваа одредба“. Така, епидемиолошката закана, како и секоја друга состојба, не може да се третира како премиса за ограничување на правата на пациентот за пристап до медицинска нега во ситуација на непосредна закана по животот на пациентот, бидејќи државата не може да се ослободи од својата обврска да го заштити животот (Kulesza, 2007).

Затоа, треба да се претпостави дека во контекст на КОВИД-19, ЕКЧП бара од властите да воспостават соодветни законски прописи и процедури што би ги заштитиле животот и здравјето на граѓаните.

ЧЛЕН 3 ОД ЕКЧП

Според судската практика, членот 3 од ЕКЧП го штити човекот не само од директно мешање во неговиот или нејзиниот физички интегритет и неповредливост (заштита од медицински експерименти во контекст на здравствената заштита), туку и од факторите што влијаат врз психата на поединецот до степен што надминува одредена мерка на страдање. Овој последен концепт е особено нагласен во судската практика во однос на заштитата на здравјето на лицата лишени од нивната слобода (Curtice, 2010), бидејќи болеста може да го интензивира страдањето на затвореникот директно поврзано со изолацијата до таа мера што казната станува нечовечки или понижувачки третман. Дополнително, Судот стои на ставот за можноста за повреда на членот 3 од ЕКЧП во случај на протерување странци што се тешко или неизлечиво болни. Во *D. против Обединетото Кралство (D. v. the United Kingdom, бр. 30240/96, § 53, ECHR 1997)*, Судот го квалификува како нечовечко постапување протерувањето шверцерка на дрога во последната фаза на СИДА, бидејќи тоа автоматски би значело нејзино изложување на реална опасност од губење на животот. Конвенцијата треба да важи и за други ранливи групи, како што се бегалците. Пандемијата стигна во Европа среде бегалската криза, која трае неколку години пред појавата на пандемијата. Меѓу другите обврски, државите членки, несомнено, се обврзани да им обезбедат соодветен пристап до медицински услуги и соодветно ниво на здравствена заштита на луѓето погодени од бегалската криза. Судот нагласи дека едноставниот факт што се јавува болест не ја прави државата автоматски одговорна за тортура или нечовечко или понижувачко постапување, дури и ако оваа болест е опасна. Оваа одговорност треба да ѝ се додели на државата само кога нејзините намерни дејствија, вклучително и пропустите, водат до интензивирање на страдањето на пациентите. Следствено, членот 3 од ЕКЧП би бил прекршен доколку

намерно се воведат ограничувања во пристапот до медицински третман за групи пациенти со состојби опасни по живот. Во екстремна ситуација, може да се замисли дека здравствената заштита може да им биде одбиена на сите пациенти што не се заразени со КОВИД-19. Одговорноста на државата во согласност со членот 3 од ЕКЧП може да биде применлива дури и кога државата презема дејствија што ненамерно водат до засилено страдање. Ова вклучува, на пример, менување на системот за здравствена заштита за борба против КОВИД-19, што го ограничува пристапот до здравствена заштита за пациенти чиј живот е во сериозна опасност. Ова може да се однесува на терапевтски, дијагностички и рехабилитациски услуги.

ЧЛЕН 8 ОД ЕКЧП

Прашањето за здравствена заштита, исто така, се разгледува од страна на Судот во однос на членот 8 од ЕКЧП, кој го штити правото на почитување на приватниот и семејниот живот. Во *Сентгес против Холандија* (одлука) (*Sentges v. Netherlands*, бр. 27677/02, ECHR 2003 (dec)), Судот нагласи дека спроведувањето од страна на државата на позитивните обврски што произлегуваат од членот 8 од Конвенцијата треба да ја земе предвид „правичната рамнотежа што треба да се постигне помеѓу конкурентните интереси на поединецот и на заедницата како целина“. Во согласност со судската практика, одговорноста на државата може да настане доколку државата преземе дејствија што го попречуваат или го спречуваат пациентот да добива медицински услуги на кои тој или таа има право и ако овие дејствија предизвикуваат сериозна штета врз здравјето на пациентот. Овој пристап кон обврските на државата може да доведе до заклучок дека, во принцип, на државата може да не ѝ се дозволи да преземе какви било активности за интензивирање на борбата против КОВИД-19 доколку овие дејствија би го ограничиле пристапот до примарна медицинска нега. Овој заклучок е неточен. Согласно членот 8 став 2 од ЕКЧП, јавната власт може да ги ограничи правата што произлегуваат од споменатиот член доколку тоа е во согласност со законот и доколку тоа е неопходно во едно демократско општество поради националната безбедност, јавната безбедност, економската благосостојба на земјата, спречувањето безредие или криминал, заштитата на здравјето или моралот или заштитата на правата и слободите на другите. Ограничувањата воведени во врска со борбата против КОВИД-19 се јасно насочени кон заштитата на здравјето. Ова води до нешто што изгледа како парадокс: ограничување на правото на здравје со цел да се заштити здравјето. Клаузулата за ограничување содржана во членот 8 став 2 од ЕКЧП се однесува конкретно на заштитата на јавното здравје. Следствено, правата на поединецот за медицинска нега може да се намалат поради потребата да се заштити јавниот интерес доколку резултирачките ограничувања не создаваат ситуации или сериозни здравствени опасности што се опасни по живот. Она што треба да се забележи овде е природата и обемот на дозволените ограничувања. Пред сè, тие мора да бидат неопходни во едно демократско општество и да се воведат преку соодветни правни инструменти.

КОНВЕНЦИЈАТА И СТРАТЕГИЈАТА ЗА „ИМУНИТЕТ НА СТАДОТО“

Во овој пристап, државата не презема никакви активности за да го ограничи ширењето на вирусот, а тоа доведува до масовен бран на болеста, кој во одреден момент треба да предизвика населението да развие природен имунитет на болеста и да го намали неговото пренесување. Овој пристап се заснова врз веќе речиси целосно отфрлената хипотеза дека луѓето што биле заразени со КОВИД-19 и преживеале се имуни на идни инфекции.

Ова јасно е во спротивност со стандардите на Конвенцијата опишани погоре, особено со членовите 2 и 3, односно на основните обврски на државата што произлегуваат од членот 2, што значи дека во никој случај не може свесната, намерна политика што има цел да се спротивстави на поставените стандарди да биде компатибилна со Конвенцијата. Напротив, таквата политика е пример за јасно прекршување на правото на живот заштитено со членот 2 од Конвенцијата.

Спроведувањето на стратегијата за „имунитет на стадото“, исто така, би претставувало повреда на членот 3 од ЕКЧП. Фактот дека заразувањето со болест, дури и терминална, не ја прави државата одговорна за тортуре или нечовечко или понижувачко постапување е ирелевантно во овој случај бидејќи стратегијата на „имунитет на стадото“ е јасен пример за намерна акција на државата, која ги интензивира страдањата на поединците – и во физичка и во ментална смисла.

ШТО ПОНАТАМУ?

Засновањето врз правото на здравје на стандардите на Европската конвенција за човекови права, особено на членовите 2, 3 и 8, може да доведе до одговорност на државата во врска со активностите преземени за борба против КОВИД-19. Анализата на Конвенцијата и јуриспруденцијата на Судот за човекови права сугерира дека пациентите може да се поделат во три групи, кои имаат право на различни степени на заштита во услови на епидемиолошка закана:

- 1. Пациенти со состојба опасна по живот;*
- 2. Пациенти со состојба на сериозна опасност за здравјето;*
- 3. Пациенти на кои не им е потребна итна медицинска интервенција.*

Доколку постои случај на пациенти што се во животозагрозувачка состојба, одговорноста на државата може да настане согласно членот 2 од ЕКЧП, кој го штити правото на живот. Ова особено може да се случи кога активностите на државата резултираат со различни нивоа на пристап до здравствена заштита достапна за различни групи пациенти со состојби опасни по живот (пациенти со КОВИД-19 и пациенти со други животозагрозувачки состојби). Одговорноста на државата согласно членот 3 од ЕКЧП, кој забранува тортуре или нечовечко или понижувачко постапување или казнување, може да настане во однос на пациенти со сериозни здравствени состојби доколку активностите на државата насочени кон борбата против КОВИД-19 резултираат со ограничен пристап до медицинска нега, а тоа за возврат се претвора во засилување на страдањето на пациентите – физичко или психичко.

Истовремено, треба да се нагласи дека според членот 15 од ЕКЧП, државата не може да ги ограничи своите обврски од членовите 2 и 3 од ЕКЧП. Сепак, екстремното толкување на овие одредби, особено на членот 3, може да ја спречи државата во ефикасната борба против КОВИД-19. Затоа, толкувањето на Судот на членот 3 од ЕКЧП во контекст на здравствената заштита ќе бара внимателно разгледување во иднина, бидејќи пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19 изложи дополнителни предизвици за обврските на државите поврзани со правото на здравје.

Во однос на пациентите на кои не им е потребна итна медицинска интервенција, правото на здравје може да се изведе од членот 8 од ЕКЧП. Сепак, ова право може да подлежи на ограничувања што произлегуваат од потребата за заштита на јавното здравје, односно во контекст на активностите преземени од државата за борба против КОВИД-19.

Посебно важна улога во обликувањето на стандардите на Конвенцијата во предметниот опсег му припаѓа на ЕСЧП, кој треба да одржува рамнотежа помеѓу, од една страна, почитувањето на националното одлучување преку почитувањето на националните власти и, од друга страна, ефикасната заштита на човековите права преку, меѓу другото, воспоставување заеднички стандарди за човекови права применливи низ целиот европски континент.

ЗДРАВЈЕ, КОВИД-19 И БЕЗДОМНИШТВО

Врската помеѓу домувањето и бездомништвото е генерално интуитивна, но силната врска помеѓу здравјето и бездомништвото често се занемарува.

Вистински предизвик беше и сè уште е релацијата помеѓу пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19 и бездомништвото. Ова е проблем на глобално ниво, а може да се разгледува од повеќе аспекти. Мултифакторијалноста на оваа провокативна тема не значи само задирање во здравјето, туку и тангирање и испреплетување мноштво правни консеквенции.

Поединците што се соочуваат со бездомништво беа/се изложени на зголемен ризик од инфекција со КОВИД-19 поради недостигот на безбедно домување, а дополнително поради високата преваленција на факторите на ризик кај бездомните популации.

На луѓето што се соочуваат со бездомништво често им беше/им е тешко, па и невозможно да се придржуваат до директивите за јавно здравје, како што се физичко дистанцирање, изолација и карантин поради непостојните услови за засолниште.

Факторите, како што се менталната болест, употребата на супстанции, вклученоста во сексуалната работа и недовербата кон давателите на услуги значително придонесуваат за тешкотиите со кои се соочуваат поединците при почитување на протоколите специфични за пандемијата. Дополнителен предизвик е и ограничениот пристап до здравствени или социјални услуги. Недостапноста на услуги во однос на потребите на бездомните лица претставува голем проблем, бидејќи несоодветните ресурси (на пример, простор и лична заштитна опрема) го отежнуваат спроведувањето протоколи за јавно здравје. Отсутноста на законски и рестриктивни мерки за решавање на ова прашање значи дека давателите на здравствени и социјални услуги за бездомни лица, на крајот на денот, се немоќни сами по себе.

Во нашата држава, по сè изгледа, не се посветува доволно внимание и грижа за бездомништвото како концепт. Освен што не постои сеопфатна јавна свест за бездомништвото генерално, така и не постои соодветна законска регулатива што попрецизно бисепозанимаваласо оваа проблематика. Споменувањето на бездомништвото и обврските што произлегуваат од Законот за социјална заштита⁶³ се на инфантилно ниво и доведуваат до констатација дека општеството е слепо и глуво за оваа категорија луѓе. Не постои никаква едукација за суштинските разлики помеѓу јавното, скриеното и потенцијалното бездомништво, ниту, пак, некакви напори во насока потенцијалното и скриеното постепено да не се претворат во јавно. За жал, не се достапни ниту официјални податоци за кој било аспект од бездомништвото на територијата на Република Северна Македонија, а тоа доволно говори за нивото на развиеност на нашето општество. Дополнително, не постојат релевантни податоци за здравствената состојба на бездомните лица, а особено за време на пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19. Ова значи дека и покрај сите невозможни мисии на бездомните лица, пред сè, за време на КОВИД-19, во Република Северна Македонија дискусијата може да се развие единствено на теоретско ниво. Конечно, недостигот на релевантни информации не го прави овој проблем помалку постоечки, туку единствено го продлабочува.

⁶³ Закон за социјална заштита, „Службен весник на Република С. Македонија“ бр. 104/19

Во оваа насока, како што веќе беше наведено, неспорно е значењето на Пунктот за бездомници при Црвениот крст во Момин Поток, кој функционира веќе 15 години. Според достапните податоци, вработените во пунктот опслужуваат 150 бездомни лица на неделно ниво. Значаен е податокот дека во овој пункт постои привремено прифатилиште што се отвора при екстремно ниски температури. Прифатилиштето е поделено на машко и женско одделение, а капацитетот е 32 легла, по 16 во секое одделение. Во ситуации кога постојат екстремно ниски температури, дејствува и дежурен мобилен тим што работи на терен и се грижи за обезбедувањето на основните потреби на бездомниците.

Според податоците со кои располага пунктот (бездомниците најчесто се мажи, приближно 80 проценти), во него доминира возраста од 40 до 60 години. Најголемиот дел од бездомниците се самци (отсуство на семејни релации), поголемиот дел од нив имаат завршено основно образование, професионално се пасивни лица (работат повремено и без договор), најчесто по занимање се занаетчи и лица кај кои постои адиктивна природа за консумирање опојни дроги, алкохол и зависност од хазардни игри. Хронолошки, во првата година од отворањето, пунктот започнува со работа со 10 бездомни лица, со цел по пет години да се зголеми на 50 лица, за десет години на 100 лица, а во пандеиската 2020 година, бројот на бездомни лица се зголемува на 150 лица. Во 2021 година, бројот на посетите во пунктот изнесува 8 223, а поделени се и 23 759 парчиња облека.

Дополнително, лицата добиваат бесплатна примарна здравствена заштита и бесплатни лекови. Исто така, во текот на 2021 година, на вкупно 2 127 пациенти им е ординирана аналгетска и редовна терапија. Во овој период се поделени вкупно 7 231 лекови. Во 2021 година, од страна на лекарот се реализирани 69 прегледи и дадени се вкупно 188 здравствени совети. Извештајот покажува дека на 156 лица им се издадени и лични документи, и тоа: 31 извод на родени, 5 државјанства, 57 лични карти, 54 објави за изгубени лични карти, 1 документ за неосудуваност, 5 венчаници, 1 умреница и 2 здравствени книшки. За овие лица, по обезбедувањето на документите, започнати се процеси за добивање социјална помош или за остварување друго право од областа на социјалната заштита.

За жал, ова се единствените достапни податоци за бездомните лица во Република Северна Македонија и, повторно, доколку се разгледува компаративно, на пример, со Европската Унија, се потврдува заклучокот дека кај нас не постои ефикасно воспоставен систем што ќе се занимава со оваа проблематика. Ова е резултат на „политиката“ на државата и нејзините органи, како што е, на пример, надлежното министерство, но и на незаинтересираноста или неможноста за заинтересираност на останатите чинители во општеството, како што се, на пример, невладините организации. Така, во Европската Унија, освен гореспоменатата мрежа „ФЕАНТСА“, во делот на прибирање и обработка на податоци за бездомните лица дејствуваат и надлежните државни органи на секоја држава членка, органите на Европската Унија, Еуростат, но и останати организации и институции. Исто така, не треба да се занемари и бројот на статистички истражувања од страна на стручњаци што дејствуваат во различни аспекти. Ваквата поставеност, несомнено, придонесува за раѓање и развој на свеста за бездомните лица, а тоа е она што ѝ недостига на нашата држава во таа сфера во овој момент.

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Сега, повеќе од кога било, се забележуваат напори да се решат одредени правно-филозофски дилеми за правото на здравје и правото на здравствена заштита. Интересот е огромен, затоа што, конечно, светот имаше шанса да ги види негативните последици на глобализацијата. Достапноста, сама по себе, не значи нешто кон кое општеството не треба да се стреми, меѓутоа, своевременно, таа достапност значеше пандемија, наместо епидемија. Различниот третман, празните ветувања, недоследното толкување и суштинската невклученост во однос на правото на здравје и здравствена заштита доведоа до колапс на здравствениот систем. Што се однесува до европското тло, единствената надеж значеше ЕКЧП, меѓутоа нејзината примена очигледно не успеа да ги реши проблемите во моментот кога настануваа. Нашата држава беше немоќна пред себе и пред нејзините граѓани.

Доколку се направи паралела, анализата упатува на несомнена грубост во несоодветноста на постапувањето. Од друга страна, сериозноста на ситуацијата добива подлабока димензија кога вниманието се свртува кон категоријата на бездомните лица. Нивното право на здравје и здравствена заштита, генерално, е недоволно прецизирана тема, а пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19 само ги потврди политиките на властите во светски рамки. И покрај континуираниот развој во другите сегменти од битисувањето, за жал, не се забележани соодветни решенија за здравствена заштита на бездомните лица. Особено е сериозно сознанието што воопшто не постојат релевантни статистики што укажуваат на тоа што точно се случувало/случува со бездомните лица за време на пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19, и тоа дури и во светски рамки. Последново срамно се аплицира и за ситуацијата во Република Северна Македонија, каде што освен што не постојат објаснувања за тоа со што се соочиле бездомните лица за време на пандемијата, не постојат какви било статистички податоци ниту за здравствените предизвици на бездомните лица во редовни услови.

Конечно, веројатно веќе е време да се воспостави здравствен систем што ќе функционира. Дискусиите за потеклото и основите на правото на здравје и здравствена заштита ќе продолжат и натаму, но тие не смее да ги спречуваат, ниту, пак, да ги охрабруваат чинителите да создаваат општества што ќе значат функционалност во здравствена смисла. Ефективноста и ефикасноста овде не значат слепо следење нечиј пример, туку внимателно приспособување на искуството на постојната ситуација. Здравјето и здравствената заштита мора да бидат на пиедесталот на политиката на секоја држава, а меѓународните и меѓувладините организации внимателно да реагираат на секоја промена.

Сензитивноста на оваа тема условува постојано следење на развојот на ситуацијата и соодветно постапување при непредвидливостите што очигледно се присутни. Светот имаше и има шанса да изведе заклучок за неподготвеноста и дека уште сега е време за подготовки за евентуални слични состојби. Време е Република Северна Македонија да сфати дека и покрај сите препреки и несогласувања, сепак е дел од Европа и од светот, а тоа значи соодветна одговорност. Одговорноста не треба да биде товар, туку одредено навикнување во постапувањето. Статистиките покажуваат дека нашата држава не беше успешна во справувањето со кризата предизвикана од пандемијата со вирусот КОВИД-19. Така, според извештаите на Организацијата за економска соработка и развој (OECD), во Република Северна Македонија се пријавени најмногу нови случаи на КОВИД-19 на дневно ниво споредено со соседните држави и втор најголем број на смртни случаи при истата споредба. Понатаму, истражувањето укажува на сериозно загрозување на движењето, а капацитетот за тестирање е мал. Во делот на вакцинацијата, статистиките укажуваат на тоа дека заинтересираноста е на ниско ниво, а и покрај четирите пакети мерки преземени во периодот на кризата предизвикана од пандемијата со вирусот КОВИД-19, сепак таа зад себе остава

огромни негативни ефекти на македонската економија. Доколку се разгледуваат статистиките на Европската Унија, битно е да се напомене дека државите членки решаваат заедно и координирано да одговорат на предизвикот, а тоа донекаде го олеснува соочувањето. Сепак, тоа не го негира фактот дека три држави членки, односно Франција, Германија и Италија, се наоѓаат на листата на десет држави во кои има најмногу заразени и смртни случаи на 100 000 жители. Од друга страна, 9 од 10 возрасни лица се целосно вакцинирани и постои ЕУ дигитален сертификат за вакцинација. Исто така, на ниво на ЕУ, релевантен е и т.н. „План за обновување на Европа“, кој, благодарейќи на различни ресурси, ѝ помага на ЕУ да се обнови по пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19 и ги поддржува инвестициите во зелената и дигиталната транзиција.

Од друга страна, пак, недоволната, односно непостојната регулатива и штурите податоци за бездомните лица во Република Северна Македонија, а особено за нивната здравствена состојба, укажуваат на (не)свесноста на едно општество. Смелоста на обидот да се анализираат здравствени статистики за бездомните лица и пандемијата предизвикана од вирусот КОВИД-19, а, од друга страна, нивното отсуство, се показатели на еклатантниот неуспех на нашата држава.

Ова значи дека како и во глобални, така и во домашни рамки мора да се роди, но и да се развива свеста за реалноста на бездомните лица. Единствено со континуиран труд и посветеност ќе може постепено да се надминува кризата, за која ако не постојат соодветни податоци, не значи дека не постои.

На ова поле, освен стандардните мерки и решенија, кои се јасни и постојано се повторуваат, веројатно треба да се консултираат специфични позитивни практики на државите што релативно „солидно“ се соочуваат и го надминуваат проблемот на бездомништвото. Така, Финска редовно е светски лидер кога станува збор за справувањето со уличните бездомни лица, а иницијативата наречена „Прво домување“ е една од главните причини. Станува збор за едноставен концепт, каде што наместо да се потпираат на засолништа за да се отргнат од грубите прагови на улиците, моделот на справување им овозможува сопствен дом. Покрај дом, на бездомните лица им се дава и поддршка за да им се помогне да го задржат домот и да се справат со прашања за кои се смета дека ќе останат заробени во бездомништво на улица, како што е зависноста. Нема временско ограничување – штом ќе го добијат домот, нивно е да го задржат. Овој концепт оригинално е дизајниран од клиничкиот психолог Сем Цемберис во Њујорк во раните 1990-ти години, кој во моментот е раширен низ целиот свет, особено во Скандинавија, а неодамна и во Велика Британија.

Во Велика Британија, исто така, актуелни се иновативни мерки за надминување на бездомништвото. Меѓу другото, приватните бизниси се охрабруваат да ги едуцираат и да ги обучуваат бездомните лица. Така, во моментот постои иницијатива за „курс за обука на баристи“, бидејќи проценето е дека просечниот лондончанец купува по две кафеа дневно, а тоа придонесува за бројот на нови отворени работни места за оваа професија.

Шведска е држава што е светски позната благодарейќи на начинот на кој се соочува со маргинализираните. Интересен е и начинот со кој се решава да им се помогне на бездомните лица. Шведската рекламна компанија „Clear Channel“ поседува околу 1 000 дигитални билборди. Работејќи во соработка со градот и со добротворни организации за бездомници, компанијата го започнала проектот „Out of Home“. Проектот замени некои од рекламните на билбордите со насоки до најблиското засолниште за бездомници секогаш кога температурата ќе падне под 7 степени целзиусови. Кога станува збор за засолништата во Стокхолм, бездомниците во градот се во пораст. Иако голем број од бездомниците се свесни за локацијата на постојаните засолништа, тие можеби не се свесни за најблиските засолништа за итни случаи. Рекламите ги насочуваат луѓето до засолништето најблиску

до секој билборд. Тие вклучија и информации за тоа каде да се донираат неопходните работи, како да се стане волонтер и блиските дневни засолништа за појадок и топло место во текот на денот.

Чинителите во Република Северна Македонија, освен што треба да се посветат на решавање на проблемот со бездомни лица преку: соодветна регулатива; постојани едукации на општеството, но и бездомните лица; вклученост на невладините организации; издвојување потребни ресурси; постојано следење на состојбата и оневозможување на бездомништвото како опција, исто така, треба да ги разгледаат и позитивните практики на другите, а бидејќи тие се иновативни, креативни, применливи и изводливи, да се земат предвид и соодветно да се имплементираат.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА/БИБЛИОГРАФИЈА:

Учебници, монографии и статии

- Birnbacher D. (2001). Ambiguities in the concept of Menschenwürde, Kluwer Academic Publishers;
- Catalan EA. (2021). The Human Right to Health : Solidarity in the Era of Healthcare Commercialization. Northampton, Edward Elgar Publishing;
- Crislip TA. (2005). From monastery to hospital: Christian monasticism and the transformation of health care in late Antiquity, University of Michigan Press;
- Curtice M, Sandford J. (2010). Article 3 of the Human Rights Act 1998 and the treatment of prisoners, Advance in psychiatric treatment;
- Erk C. (2011). Health, Rights and Dignity Philosophical Reflections on an Alleged Human Right, Frankfurt Ontos Verlag;
- Kulesza J. (2007). Kolizija obowiązków pomocy, Prokuratura i Prawo;
- Lauterpacht H. (1952). The Problem of the Revision of the Law of War', Brit YB Int'l;
- Marochini M. (2013). Council of Europe and the right to Healthcare – is the European Convention on Human Rights appropriate instrument for protecting the right to healthcare?, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilista u Rijeci;
- Nissen A. (2018). A Right to Access to Emergency Health Care: The European Court of Human Rights Pushes the Envelope, Medical Law Review;
- Oberender, Hebborn, Zerth. (2002). Wachstumsmarkt Gesundheit, UTB Stuttgart;
- Perri M, Dosani N, Hwang SW. (2020). "COVID-19 and people experiencing homelessness: challenges and mitigation strategies", CMAJ, достапно на: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828890/>, пристапено на [12.12.2022];
Richard AE. (2000). Mortal Peril: Our Inalienable Right to Healthcare;
- Sen A. (2004). Elements of a Theory of Human Rights, Phil & Pub;
- Thomas de Aquino. (1225?-1274) Summa contra Gentiles - On the Truth of the Catholic Faith), верзија на латински, достапна на: <http://www.corpusthomicum.org/iopera.html>, превод на англиски јазик, достапен на: <https://isidore.co/aquinas/ContraGentiles.htm>, пристапено на [12.12.2022];
- Tobin J. (2012). The Right to Health in International Law, Oxford University Press;
- Wright, Talmadge. (2000). Resisting Homelessness: Global, National, and Local Solutions,. Contemporary Sociology-a Journal of Reviews.

Законски акти, национални и меѓународни документи


- Закон за социјална заштита, „Службен весник на Република С. Македонија“ бр. 104/19, 275/19, 302/20, 311/20, 163/21, 294/21, 294/21, 99/22, 236/22;
- European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Council of Europe, 1950;
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, UN General Assembly, 1966 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights;
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4.

Пресуди

- Altug and others v. Turkey бр. 32086/07 § 44-45 ECHR 2015;
- Calvelli and Ciglio v. Italy бр. 32967/96, § 48, ECHR 2002-I [GC];
- D. v. the United Kingdom, бр. 30240/96, § 53, ECHR 1997);
- Sentges v. Netherlands (dec) бр. 27677/02, ECHR 2003;
- Valentin Campeanu v. Romania бр. 47848/08 § 134-47 ECHR 2014 [GC];
- William and Anita Powell v. United Kingdom бр. 45305/99, ECHR 2000-V.

Останато

- Homelessness Research Institute. "Population At-Risk: Homelessness and the COVID-19 Crisis", достапно на: <https://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2020/03/Covid-Fact-Sheet-3.25.2020-2.pdf>, пристапено на [12.12.2022];
- Извештај за работењето на Пунктот за бездомници во Момин Поток на Црвен крст на град Скопје;
- OECD (2020), The COVID-19 Crisis in North Macedonia, OECD, Paris, достапно на: https://www.oecd.org/south-east-europe/COVID-19-Crisis-in-North-Macedonia.pdf?_ga=2.129481612.1038643060.1675793131-2089299745.1675549388, пристапено на: 31.1.2023;
- OECD, The Impact of Covis-19 in North Macedonia, OECD, Paris, достапно на: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bc8382fc-en/index.html?itemId=/content/component/bc8382fc-en#biblio-d1e57134>, пристапено на: 31.1.2023.



СИСТЕМИ И ОРГАНИЗАЦИЈА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА КОРИСНИЦИТЕ НА ДРОГА КАКО ПАЦИЕНТИ

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Правен факултет „Јустинијан Први“ – Скопје

Едина Зекировиќ Фазлагик

РЕЗИМЕ

Под здравствена заштита се подразбира превенција изразена низ мерки и активности за зачувување и унапредување на здравјето, лекување и рехабилитација, која ја спроведуваат исклучиво здравствените установи.

Здравствената заштита на корисниците на дрога треба да биде квалитетна и континуирана, еднакво достапна и пристапна како и за сите други пациенти согласно нивните поединечни потреби и возраст, со целосно почитување на нивната личност, физички и психички интегритет. Во овој труд, фокусот е ставен на покриеноста на оваа проблематика со законската регулатива каде што носители на здравствената дејност се исклучиво здравствени установи, како и положбата на корисниците на дрога во мрежата на здравствениот систем во практиката.

Здравствената заштита на корисниците на дрога во Република Северна Македонија ја вршат здравствени и нездравствени институции на тој начин што превентивната функција, како дел од здравствената заштита, ја вршат доброволно граѓанските здруженија, фармаколошкото лекување на зависноста го вршат јавни здравствени установи и приватни ординации, одржувањето на апстиненцијата ја спроведуваат терапевски заедници и манастири, а рехабилитацијата и ресоцијализацијата ја спроведуваат граѓанските здруженија и Министерството за труд и социјална политика преку дневните центри.

Неспорно, произлегува потребата за ставање во функција болничка установа во која би се спроведувале сите етапи на здравствената заштита на корисниците на дрога, со поголем капацитет на хоспитализација или, алтернативно, здравствената заштита да се остварува на примарно, секундарно и терцијарно ниво.

Клучни зборови: здравствена заштита, корисници на дрога, програми за намалување штети, супституциона терапија, национална стратегија против дрога.

ВОВЕД

Правото на заштита на здравјето е уставно загарантирано право, а здравствената заштита е дејност од јавен интерес и таа треба да биде сеопфатна, достапна, континуирана, правична и ефикасна во секое време.

Користењето дрога претставува болест на зависност врз основа на која корисниците се стекнуваат со статус на пациенти како носители на дијагноза под шифра од F10 до F19, утврдена со Меѓународната класификација на болести (МКБ 10, 2006).

Искуство со илегални дроги во текот на животот имале 8,9% лица на возраст од 15 до 64 години. Канабисот бил користен од 8,2% лица на возраст од 15 до 64 години, екстази од 1,6% лица, а амфетамин и хероин 1,1% лица. Кокаинот е повеќе присутен кај возрасната група од 15 до 34 години (2,5%) во споредба со возрасната група од 15 до 64 години (1,3%) (Институт за јавно здравје, 2020, стр. 18).

Најголемата слабост во целокупниот здравствен систем е непостоењето протокол/програма/упатство за лекување малолетни лица корисници на дрога, како дел од програмите за намалување штети од злоупотреба на дроги. Непостоењето таков вид подзаконски акти создава административни бариери поради кои тие лица се невидливи

пред целокупниот здравствен систем и не може да го остварат своето право на здравствена заштита, а честопати може да се најдат и во животозагрозувачка состојба, доколку по исклучок не им се укаже помош.

Во овој труд ќе се истражи проблемот за тоа како се лекуваат корисниците на дрога во Република Северна Македонија, кој ги спроведува превенцијата, лекувањето, рехабилитацијата и реинтеграцијата на корисниците, кои здравствени и нездравствени установи се надлежни за овој вид пациенти, видови терапии, дали и колку е ефикасна така поставената здравствена заштита.

Во трудот ќе се изврши анализа на меѓународните прописи за здравствената заштита, домашната законска и подзаконска регулатива, примената на начелата на здравствена заштита во практиката врз основа на истражувања од релевантни чинители од областа, компаративните решенија во регионот, како и заклучок и препораки од авторот.

Методолошката рамка на истражувањето е анализа со примена на аналитичко-синтетичкиот метод.

1. МЕЃУНАРОДНА РАМКА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА КОРИСНИЦИТЕ НА ДРОГА

Правото на здравствена заштита е соодветно обработено во националното законодавство согласно ратификуваните меѓународни конвенции и договори.

Основата на здравствената заштита потекнува од утврдените човекови права во Универзалната декларација за човековите права, Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, Европската конвенција за човекови права и слободи, Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација врз жените, Меѓународната конвенција за укинување на сите форми на расна дискриминација, Конвенцијата против тортура и друго сурово, нечовечно или понижувачко казнување или постапување, Конвенцијата за правата на детето и Конвенцијата за правата на лицата со попреченост.

Според Декларацијата за промоција на правата на пациентите во Европа, секој пациент е носител на следниве права: секој има право да се почитува себеси како човечко битие, секој има право на лична определба, секој има право на физички и духовен интегритет и на сигурност на својата личност, секој има право на почитување на сопствената приватност, секој има право да има свои морални, културни вредности, верски и филозофски убедувања што треба да бидат почитувани и секој има право на таква заштита на здравјето што може да се обезбеди со соодветните мерки за превенција од болести и стремеж за постигнување сопствено највисоко ниво на здравје (WHO, 1994).

2. НАЦИОНАЛНА ЗАКОНСКА РАМКА НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА НА КОРИСНИЦИТЕ НА ДРОГА

Во позитивното право на Р. Северна Македонија во голем број закони е опфатена злоупотребата на дрога. Релевантни прописи од областа на здравствената заштита се Законот за здравствената заштита, Законот за заштита на правата на пациентите, Законот за извршување на санкциите, Законот за социјална заштита и подзаконски акти донесени од Владата на Република Северна Македонија, Министерството за здравство, Град Скопје и др.

Владата на Република Северна Македонија има донесено три подзаконски акти што се однесуваат на оваа област, и тоа: Националната стратегија за дроги на Република Северна Македонија 2021-2025 со акциски план 2021-2023, Програмата за здравствена заштита на лица со болести на зависности во Република Северна Македонија за 2022 година и Програмата за заштита на населението од ХИВ-инфекција во Република Северна Македонија за 2022 година. Мерките и целите на Националната стратегија се изготвени, пред сè, врз основа на Европската стратегија за дроги и Акцискиот план 2021-2025, националните прописи, засегнатите институции, граѓанските здруженија и анализите.

Третманот на деца сè уште е сериозен предизвик за земјата. Имено, нема специфични програми за млади во здравствените институции. Во Програмата за здравствена заштита на лица со болести на зависности во Република Северна Македонија за 2022 година, како приоритети што допрва треба да се развиваат, е изготвувањето протокол за третман на деца што употребуваат психоактивни супстанции.

Во рамките на Министерството за здравство, како носечка институција во обезбедувањето на здравствената заштита, донесени се различни програми и упатства поврзани со последиците од употребата на дроги,

третманот на зависност од дроги, заштита на населението од ХИВ и слично. МЗ има донесено повеќе подзаконски акти врз основа на кои се спроведува третманот, меѓу кои се: Упатството со протокол за примена на метадонот при третман на опијатна зависност од 2005 година, Упатството за практикување на медицина заснована на докази при третман на зависности од дрога од 2014 година, Упатството за медицинско згрижување при труења предизвикани од опојни супстанции (алкохол, дроги) од 2014 година, Упатството за практикување на медицината заснована на докази при третман на зависности од дрога од 2015 година и Правилникот за начинот на извршување на привремената мерка за заштита задолжително лекување на сторителот, доколку употребува алкохол, дрога и други психотропни супстанции или има психичко заболување од 2022 година.

Упатството со протокол за примена на метадонот при третман на опијатна зависност од 2005 година, кое сè уште се применува, содржи постапки за третман на бремени жени што користат дрога, третман на новороденчиња од мајки кориснички на дрога, корисници на дрога со двојна дијагноза, третман на лица инфицирани со ХИВ, третман на лица зависни од опојни дроги во затвор и друго. Упатството не содржи протокол за третман на деца корисници на дрога.

Стратешка цел на Министерството за здравство е воспоставувањето ефикасен систем на превенција од дроги во рамките на образованието и здравството и централизираното креирање на политиките за дроги во рамките на Министерството за здравство, развивањето квалитетни програми за третман од дроги што ги опфаќаат сите лица според возраст, род и вид на дрога, според Националната стратегија за дроги на Република Северна Македонија.

Институтот за јавно здравје под МЗ работи на унапредување на здравјето и благосостојбата на населението преку научно базирани сознанија, додека, пак, центрите за третман и превенција од дроги се клучни институции во однос на третманот и превенцијата од употреба на дроги, иако во практиката произлегува дека тие само го спроведуваат третманот.

Претставник од Министерството за здравство претседава со Меѓуресорска комисија за борба против недозволеното производство, трговија и злоупотреби на дроги, која има клучна улога при усогласувањето на националното законодавство со законската рамка на Европската Унија.

На локално ниво, подзаконски акти првпат се донесени од страна на Град Скопје во 2008 година со донесувањето на Локалната стратегија за дроги на Град Скопје за периодот 2008-2013, заедно со Акцискиот план за 2015-2020 година.

Министерството за труд и социјална политика е надлежно за спроведувањето на програмите и мерките за ресоцијализација, реинтеграција и рехабилитација. МТСП својата надлежност ја врши врз основа на Законот за социјална заштита и следниве подзаконски акти:

Правилник за начинот, обемот, нормативите и стандардите за давање на социјалните услуги на дневен престој, рехабилитација и реинтеграција и ресоцијализација и за простор, средства, кадри и потребната документација за центар за дневен престој, центар за рехабилитација и центар за ресоцијализација од 2020 година и Правилник за нормативите и стандардите во однос на простор, средства и кадри и потребната документација за давање социјална услуга сместување во установа за третман и рехабилитација на лица со попреченост, лица што имаат проблем со зависности и други маргинализирани лица од 2019 година.

Министерството за образование е значаен чинител во превенцијата како дел од здравствената заштита преку едукација на учениците, а особено Медицинскиот факултет при Универзитетот Св. „Кирил и Методиј“ во Скопје и Медицинскиот факултет при Универзитетот „Гоце Делчев“ во Штип преку едукација на кадрите.

Во рамките на студиските програми на двата медицински факултети во Р. Северна Македонија не се изучува зависноста од дрога како наука за наркологијата, како посебен предмет во прв циклус на студии. Болестите на зависност, односно зависноста од дрога се изучува во рамките на други предмети, а најмногу во психијатријата и токсикологијата. Со оглед на специфичноста на болеста и нејзиниот пораст, *argumentum a minore ad maius* треба да се воведат специјалистички студии по болести на зависност, односно наркологија.

3. ПРИМЕНА НА НАЧЕЛАТА НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВО ПРАКТИКАТА

Здравствената заштита се заснова врз начелата на здравствената заштита: достапност, ефикасност, континуираност, правичност, сеопфатност и обезбедување квалитетен и сигурен здравствен третман, утврдени со Законот за здравствената заштита.

3.1 Сеопфатност на здравствената заштита на корисниците на дрога

3.1.1 Супституциско одржување со опоидни агонисти – метадон и бупренорфин

Супституционата терапија се спроведува на ЈЗУУК за токсикологија во Скопје, во психијатриските болници во Скопје, Демир Хисар и во Негорци и во 12 центри за превенција и третман на зависности од дрога во 10 градови во Р. Северна Македонија, кои функционираат во рамките на болниците Тетово, Куманово, Струмица, Штип, Гевгелија, Охрид, Битола, Велес, Кавадарци, ГОБ „8-ми Септември“, Здравствен дом – Скопје, во затворите КПУ Идризово, КПУ Скопје и КПУ Битола, како и во 4 приватни психијатриски ординации во Скопје. Системот на фармаколошко лекување вклучува амбулантско, дневно-болничко и болничко лекување, но најмногу е застапено дневно-болничко лекување со подигнување на терапијата.

3.1.2 Третман со одржување на апстиненцијата

Овој вид терапија се спроведува во терапевската заедница „Покров“ во Струмица, терапевската заедница „Наркокон“ во Кавадарци и во религиската заедница во манастирот Свети Јован Бигорски во Ростуше.

Тераписката заедница „Покров“ е проект на Здружението за советување, лекување, реинтеграција, ресоцијализација на лица зависни од психоактивни супстанции „Избор“ во Струмица, кое работи на развивање социјално претприемништво и социјала инклузија.

Тераписката заедница „Наркокон“ во Кавадарци лекува од зависности преку индивидуализирани програми за одвикнување од користење дрога, без користење лекови и дрога, спроведува детоксикација, рехабилитација и реинтеграција.

Манастирот Свети Јован Бигорски во Ростуше го спроведува лекувањето со одржување на апстиненцијата, давајќи ѝ духовна димензија на зависноста. Имено, лекувањето е од духовна природа, со индивидуални и групни разговори, детоксикација, читање христијанска литература и слично.

Граѓанските здруженија, исто така, се дел од здравствената заштита на лицата корисници на дрога. Здружението ХОПС – Опции за здрав живот, во таа смисла, ја остварува здравствената заштита во превентивната фаза на тој начин што раководи со два „дроп ин“ центри и теренски тимови, каде што корисниците може бесплатно да набават стерилен прибор за користење дрога како превенција од ХИВ/СИДА, хепатитис Б и Ц и други преносливи болести.

3.1.3 Третман на рехабилитација, ресоцијализација и реинтеграција

Носители на враќањето на корисниците на дрога назад во секојдневното вообичаено функционирање без дрога во општеството се МТСП, граѓанските здруженија и тераписките и религиските заедници што го спроведуваат третманот за одржување на апстиненцијата.

Министерството за труд и социјална политика на Република Северна Македонија обезбедува дневно згрижување, како и сместување за 30 лица што имаат проблем со зависности, но во фаза на постигната апстиненција, со стабилна здравствена состојба, и други маргинализирани лица што имаат потреба од спроведување рехабилитација, ресоцијализација и реинтеграција.

Здружението ХОПС – Опции за здрав живот раководи со Дневен центар за рехабилитација и ресоцијализација, отворен во 2012 година и поддржан од Град Скопје, каде што на корисниците на дрога им се дава психосоцијална поддршка.

3.2 Достапност на здравствената заштита

Самиот факт дека центри за лекување болести на зависност има само во 10 градови, неспорно, произлегува дека здравствената заштита на корисниците што не живеат во тие градови е недостапна. Во врска со ова, се забележува следнава состојба:

Во Центарот во Охрид, на пример, се лекуваат и луѓе од Струга, Кичево и Ресен што треба да патуваат и по неколку часа еднаш или двапати неделно (а во периодот на иницијација/баждарење и секој ден) за да ја подигнат терапијата. Слична е ситуацијата и во Штип, каде што се лекуваат и луѓе од градовите во Осоговието. Достапноста е проблематична и во Скопје бидејќи Центарот за лекување во Кисела Вода е на релативно лоша локација, па луѓето за третман (со исклучок на оние од Општина Карпош што се лекуваат во Центарот при Градската општа болница „8-ми Септември“) често треба да менуваат и по неколку градски автобуси, односно може да им бидат потребни и по неколку часа за да подигнат терапија (Цековски, 2019, стр. 5).

Достапноста на супституционата терапија е отежната и за осудените лица што издржуваат казна затвор. Како извршители на Програмата за здравствена заштита на лица со болести на зависности во Република Северна Македонија за 2022 година се јавуваат КПУ Идризово – Скопје и КПУ Затвор – Битола, но истражувањата во практиката покажуваат друга фактичка состојба согласно истражувањата на релевантни институции.

Во оваа смисла, нотирано е следново:

Во затворите, бупренорфинот е потешко достапен и пристапен. Исто така, нема вработен медицински кадар во затворите, туку доаѓаат лекари од здравствените домови, што, како решение, понатаму треба да се менува. Од неодамна, на УК за токсикологија им се издава бупренорфин само на мал број штитеници од КПУ Идризово и Затвор Скопје, кои пред влегувањето во затвор биле на третман на клиниката, или исклучиво на екстремно мал број лица од затворот (само со лични заложби од страна на вработените или семејствата). Лекувањето на хепатитис Ц не е достапно за лицата лишени од слобода (Влада на РСМ, 2021, стр. 13).

Здравствената заштита ја чини некомплетна тоа што се недостапни психолошки и психијатриски услуги за корисниците на дрога и за нивното семејство во процесот на лекување и по третманот, а исто така и во превенцијата за заштита од ширење на ХИВ-вирусот, хепатитис Ц и други сексуално преносливи болести. Налоксон, кој е лек што се дава како прва помош при предозирање, е достапен само во Центрите (а тие имаат работно време) и во Брза помош, но не и во аптеките.

Медикаментозното лекување согласно медицината заснована врз докази во нашиот здравствен систем е супституциона терапија со одржување на метадон и на бупренорфин. Можеби процената според возраста, родот и други параметри на корисниците налага достапност и на други ефективни супститути. Во однос на ова, забележана е следнава состојба:

Во јавните здравствени установи во Македонија не е достапно лекување зависност со субоксон, одржување со медицински хероин, инјектибилен метадон, ниту, пак, супервизирана детоксикација. Ограничениот избор на начини за лекување, во комбинација со развиената стигма во заедницата кон одржувањето со метадон, е веројатно причина за слабата привлечност, а со тоа и за релативно нискиот опфат на програмите за лекување (Цековски, 2019).

Во Националната стратегија за дрога на Македонија за периодот од 2014 до 2020 година и во Националната стратегија за следниот период 2020-2024 година се предвидува подобрување на достапноста на налоксон, особено преку итните медицински служби.

3.3 Континуираност на здравствената заштита

Здравствената заштита треба да има воспоставен систем на организација на тој начин што во секој момент ќе му биде овозможен на населението. Сепак, пристапот до здравствена заштита на корисниците на дрога е отежнат поради работното време на дел од центрите што работат само прва смена, и тоа до 14 часот, па поради тоа пациентите што имаат потреба од него треба да го напуштат работното место за да подигнат терапија. Во оваа смисла, релевантни извештаи нотираат дека:

Персоналот во некои центри, на пример, во Штип, има развиено механизми за комуникација со пациентите, па вработените се јавуваат по телефон доколку некој не ја подигнал терапијата во предвидениот ден и понекогаш се расположени да го издадат лекот 15-30 минути по завршувањето на работното време. Но, многу почести се ситуациите кога пациентите што задоцниле мора да чекаат до следниот работен ден или до следната недела за подигнување на терапијата, со што се изложуваат на многубројни здравствени и правни ризици бидејќи се принудени да набавуваат терапија на црно (Цековски, 2019).

3.4 Ефикасност на здравствената заштита

Здравствената заштита треба да се остварува на тој начин што ќе се постигнат најдобрите можни резултати со расположливите средства или ќе се постигне највисоко ниво на здравствена заштита со најмалку употребени средства.

Според Националната стратегија за дроги на Република Северна Македонија за периодот 2021-2025 година, стратешка цел е зголемувањето на ефикасноста во сервисирање на здравствената заштита без разни административни бариери што се појавуваат поради недостиг на ефективна комуникација со други здравствени установи.

Во врска со ова, забележано е следново:

Исто така, постои потреба од стручно усовршување на стручниот кадар во областа на лекувањето зависности, како и континуирана едукација со цел да одговори на потребите на крајните корисници и новите трендови во третманот (Влада на РСМ, 2021).

3.5 Правичност на здравствената заштита

Дискриминацијата е толку присутна кон корисниците и поранешните корисници надрога, до тој степен што таквата фактичка состојба може да се смета за ноторен факт. Дискриминацијата и стигмата честопати доаѓаат и од самите здравствени работници поради немањето соодветна обука за човековите права и професионалната етика. Во контекст на претходно наведеното, нотирана е следнава потреба:

Оттука се наметнува и потребата да се спроведуваат едукација и сензитивизација особено на вработените во институциите што работат на фронтални позиции кога станува збор за прием, прифаќање, помош и понатамошен третман на ЛКУД (Влада на РСМ, 2021).

КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА ВО РЕГИОНОТ

Во Србија, системот на здравствена заштита за корисниците на дрога е организиран на примарно, секундарно и на терцијарно ниво. Лекувањето на примарно ниво се состои од советување каде што пациентите понатаму се упатуваат на лекување на секундарно и на терцијарно ниво (EMCDDA, 2022).

Според Националната стратегија на Република Хрватска, најважни постапки на програмата на лекување на зависниците се: фармакотерапија (метадон и бупренорфин), психотерапија – семејна, индивидуална, поддршка, едукација за болеста и учење стратегија за превенција од рецидиви, превенција од инфекции (ХИВ, вирусни хепатитиси, сифилис), вклучувајќи и тестирање, контрола на урината за присутност на дрога, терапија за коморбидитети, грижа за соматското здравје – користење на програмата за самопомош (програми за поддршка на невладиниот сектор, клубови за лекување зависници и др.), социјализација и реинтеграција (Vlada Republike Hrvatske, 2012).

Согласно Националната стратегија на Босна и Херцеговина, лекувањето е организирано на тој начин што во рамките на постојната мрежа на здравствени установи се применуваат истите опоидни агонисти, како што се метадонот, бупренорфин и субоксон, во програмите на детоксикација и одржување на супституциона терапија. Тераписката програма опфаќа советувањето (индивидуално и групно), супституциона терапија и постхоспитален третман (Ministarstvo sigurnosti BiH, 2018).

ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Со оглед на сè што беше претходно наведено, неспорно, произлегува дека здравствената заштита е нефункционална и во практиката се спроведува така што корисник на дрога, за да добие едукација за тоа како безбедно треба да ја користи дрогата или да добие стерилен прибор, треба да се обрати до граѓанските здруженија, а фармаколошко-супституциона терапија добива од јавните здравствени установи, и тоа само во рамките на нивното работно време, и апстиненцијата може да ја одржува во тераписки и религиски заедници, а помош при реинтеграција и ресоцијализација може да добие од МТСП и од граѓанските организации.

Може да се заклучи дека кај зависноста од дрога, здравствената заштита опфаќа четири етапи, и тоа: превенција, медикаментозно лекување, одржување на апстиненцијата и повторно враќање во општеството.

Во однос на превенцијата, здравствената заштита преку здравствените установи треба да постојано и ефективно да го информира населението за последиците од користењето на дрогата. Меѓутоа, информирањето, како дел од превенцијата, во поголемиот дел треба да биде на товар на образовните институции, додека, пак, здравствените установи превентивниот дел од здравствената заштита треба да го вршат на тој начин што ќе се насочат кон обезбедување медицински безбедни услови за лица што користат дроги, со тоа што корисниците ќе имаат пристап до стерилен прибор и едукација од здравствен работник за тоа на кој начин треба да ја користат дрогата и на кој начин да се заштитат од преносливи болести, отворање соби за безбедно инјектирање дрога (DCRs – Drug Consumption Rooms) според примерот на Швајцарија, Холандија, Германија, Луксембург, Норвешка, Данска и Грција (EMCDDA, 2018).

Одржувањето на апстиненцијата е можеби најголемиот предизвик во целиот процес на лекувањето. Сместувањето во болнички установи во оваа етапа е можно само во психијатриските болници, и тоа ако апстиненцијалниот синдром е проследен со други психички растројства што налагаат хоспитализација и опсервација, како и при извршувањето на казната задолжително лекување алкохоличари и наркомани во здравствена установа.

Корисниците се соочуваат со голема дискриминација и осуда, па токму поради ова, потребна им е психолошка и социјална помош со цел полесно да го надминат овој период.

За надминување на отежнатиот пристап кон здравствената заштита, потребно е:

- Донесување програма, протокол или упатство базирано врз докази за лекување лица корисници на дрога под 18-годишна возраст;
- Донесување програма, протокол или упатство базирано врз докази за лекување лица корисници на дрога што се осуденици;
- Вклучување на матичните лекари како дел од примарното ниво на здравствена заштита во третманот за корисниците од дрога;
- Ставање во функција здравствена установа со капацитет за хоспитализација на лица во фазата на одржување со супституциона терапија и апстиненцијален синдром;
- Зголемена едукација во основните и средните училишта;
- Воведување посебен предмет – болести на зависност во студиските програми во прв циклус на медицинските факултети.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Закон за здравствената заштита, „Службен весник на РМ“ бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16, 20/19 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 101/19, 153/19, 180/19, 275/19, 77/21, 122/21, 178/21 и 150/22;
- Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на РМ“ бр. 82/2008, измени „Службен весник на РМ“ бр. 12/2009, 53/2011, 150/2015, 190/2019 и 122/2021;
- Закон за извршување на санкциите, „Службен весник на РМ“ бр. 99/2019;
- Закон за социјална заштита, „Службен весник на РМ“ бр. 104/2019 од 23.5.2019 г., измени „Службен весник на РМ“ бр. 146/2019, 275/2019, 302/2020, 311/2020, 163/2021, 294/2021, 99/2022, 236/2022, 273/2022;
- Закон за контрола на опојни дроги и психотропни супстанции, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 103/08, 124/10, 164/13, 49/15, 37/16 и 53/16;
- Национална стратегија за дроги на Република Северна Македонија 2021-2025, „Службен Весник на РСМ“ бр. 165/2021;
- Програма за здравствена заштита на лица со болести на зависности во Република Северна Македонија за 2022 година, „Службен весник на РСМ“ бр. 33/2022 од 15.2.2022 г.;
- Програма за заштита на населението од ХИВ-инфекција во Република Северна Македонија за 2022 година, „Службен весник на РСМ“ бр. 33/2022 од 15.2.2022 г., измени „Службен весник на РСМ“ бр. 91/2022;
- Упатство со протокол за примена на метадонол при третман на опијатната зависност на Министерство за здравство на Република Македонија од 2005 година;
- Упатство за практикување на медицина заснована на докази при третман на зависности од дрога, „Службен весник на РМ“ бр. 50/2014;
- Упатство за медицинско згрижување при труења предизвикани од опојни супстанции (алкохол, дроги) на Министерството за здравство од 2014 година;
- Правилник за начинот, обемот, нормативите и стандардите за давање на социјалните услуги на дневен престој, рехабилитација, реинтеграција и ресоцијализација и за простор, средства, кадри и потребната документација за центар за дневен престој, центар за рехабилитација и центар за ресоцијализација, „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 150/2020;
- Правилник за нормативите и стандардите во однос на простор, средства и кадри и потребната документација за давање социјална услуга сместување во установа за третман и рехабилитација на лица со попреченост, лица што имаат проблем со зависности и други маргинализирани лица, „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 268/2019;
- Правилник за начинот на извршување на привремената мерка за заштита на задолжително лекување на сторителот доколку употребува дрога и други психотропни супстанции или има психичко заболување, „Службен весник на РМ“ бр. 165/2022;
- Одлука за формирање меѓуресорска државна комисија за борба против недозволено производство, трговија и злоупотреба на дроги, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 118/2017;

- Локална стратегија за дроги на Град Скопје за превенција, лекување, рехабилитација и ресоцијализација, намалување штети и градска безбедност, 2015-2020;
- Цековски, И., (2019) „Квалитетот на програмите за лекување на зависноста во Македонија“;
- Ед. Здружение ХОПС – Опции за здрав живот;
- Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија, 2020, „Информација за состојбата со болестите на зависност во Република Северна Македонија, 2017-2019“;
- Меѓународна статистичка класификација на болести и поврзани здравствени проблеми, десетта ревизија, австралиска модификација „МКБ-10-АМ табеларна листа на болести“, 2006 година;
- International Covenant on Civil and Political rights, UN, 1966;
- European Convention on Human Rights, Concil of Europe, 1950;
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, UN, 1979;
- International Convention for the Elimination of all Forms of Racial Discrimination, UN, 1965;
- Convention against Torture and other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment, UN, 1984;
- Convention on the Rights of the Child, UN, 1989;
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN, 2006;
- European Charter Of Patients’s Right, WHO, 1994;
- Nacionalna strategija suzbijanja zloroporebe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012 do 2017 godine, Vlada Republike Hrvatske, 2012;
- Drug-related health and security threats in the Western Balkans, EMCDDA, 2022;
- Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloropotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2018-2023, Ministarstvo sigurnosti BiH, 2018;
- Drug consumption rooms in Europe Models, best practice and challenges, EMCDDA, 2018;
- „ФДА го одобри првиот генерички спреј за нос, како би ги спречиле опоидните предозирања“, достапно на: <https://hops.org.mk/fda-go-odobri-prviot-generichki-sprej-za-nos-kako-bi-gi-sprechile-opioidnite-predozirana/>, пристапено на 25.12.2022 година;
- „Биографија на „Избор“ – Струмица“, достапно на: <http://coalition.org.mk/archives/87>, пристапено на: 17.12.2022 година;
- „Зависност од дрога“, достапно на: <https://www.narconon-balkan.org/drug-abuse/>, пристапено на: 27.12.2022 година;
- „За болестите на зависност во современиот свет“, достапно на: <https://bigorski.org.mk/vesti/mediumi/za-bolestite-na-zavisnost-vo-sovremeniot-svet/>, пристапено на: 29.12.2022 г.;
- „Информации за клиенти“, достапно на: <https://hops.org.mk/informatsii-za-klienti/>, пристапено на: 30.12.2022 година;
- „Низ светот може да се купи во аптека, во Македонија лекот кој спречува смрт од предозираност само во брза помош и во центар за зависници“, достапно на: <https://www.fakulteti.mk/news/10062022/niz-svetot-mozhe-da-se-kupi-vo-apteka-vo-makedonija-1ekot-koj-sprechuv-smrt-od-predoziranost-samo-vo-brza-pomosh-i-vo-centar-za-zavisnici>, пристапено на: 27.12.2022 година.

