



ПРИСТАП ДО СРЕДСТВА ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈА И ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА СЕМЕЈНО ПЛАНИРАЊЕ

Анализа на постоечките политики
и законодавство, со осврт на
политиките за лекови



Издание на: XEPA - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2022 година

Авторка: Ирина Луческа

Уредник: Ирина Луческа

Лектура: Виолета Танчева-Златева

Графичко уредување: Марија Смилевска

Година на издавање: 2022

Место на издавање: Скопје

Овој материјал е целосно финансиран од Меѓународната Федерација за планирано родителство (МФПР). Меѓународната Федерација за планирано родителство не мора да се согласува со ставовите искажани во него. Содржината на материјалот е единствена одговорност на авторот.

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје

614.2:[613.88:316.812.4(497.7)](047.31)
35.077:[613.88:316.812.4(497.7)](047.31)
614.2:613.888.151.7(497.7)(047.31)
35.077:613.888.151.7(497.7)(047.31)

ЛУЧЕСКА, Ирина

Пристап до средства за контрацепција и здравствени услуги за семејно планирање : Електронски извор / [автор Ирина Луческа]. - Скопје : XEPA - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2022

Начин на пристапување (URL):
<https://hera.org.mk/analiza-pristap-do-kontracepcija-2022>. - Текст во PDF формат, содржи 66, [2] стр. - Наслов преземен од екранот. - Опис на изворот на ден 19.10.2022. - Фусноти кон текстот. - Содржи и: Прилози

ISBN 978-608-4859-55-0

а) Семејно планирање -- Здравствени услуги -- Јавни политики -- Македонија -- Истражувања б) Средства за контрацепција -- Пристап -- Јавни политики -- Македонија -- Истражувања

COBISS.MK-ID 58374661

СОДРЖИНА

СКРАТЕНИЦИ	4
ВОВЕД	5
Сексуалното и репродуктивното здравје за одржлив развој.....	5
Македонија – стратешка насока	10
Македонија – индикатори.....	13
МЕТОДОЛОГИЈА	16
Дизајн на студијата.....	16
Прибирање на податоци	16
Обработка и анализа на податоците	17
ПРИНЦИПИ НА ПОКРИЕНОСТ СО УНИВЕРЗАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	18
Мерење на покриеност со универзална здравствена заштита.....	20
Состојба во Македонија.....	22
Критериуми за покриеност од буџетот на државата, со посебен осврт кон лековите.....	25
<i>Медицина базирана врз докази.....</i>	25
<i>Проценка на здравствени технологии.....</i>	26
<i>Есенцијална листа на лекови.....</i>	27
<i>Покривање на трошоците за лекови</i>	30
<i>Состојба во Македонија.....</i>	32
ПРИСТАП ДО ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА ПЛАНИРАЊЕ НА СЕМЕЈСТВОТО И МОДЕРНИ КОНТРАЦЕПТИВНИ СРЕДСТВА	37
Состојба и политики и во Европскиот Регион.....	37
<i>Пристап до итна (ургентна) контрацепција.....</i>	41
Состојба во регионот	42
<i>Србија.....</i>	42
<i>Бугарија.....</i>	43
<i>Хрватска.....</i>	43
<i>Словенија.....</i>	44
<i>Албанија.....</i>	45
Состојба во Македонија.....	46
ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ	49
ПРИЛОГ 1	55
ПРИЛОГ 2	57
ПРИЛОГ 3	58
ПРИЛОГ 4	59
ПРИЛОГ 5	62

С К Р А Т Е Н И Ц И

Скратеници на македонски

- ЗЗО** – Закон за здравственото осигурување
ЕЛ – Есенцијални лекови
ЕУ – Европска Унија
ИК – Итна контрацепција
МБД – Медицина базирана врз докази
МИКС – Мултииндикаторско кластерско истражување
ПЗЗ – Примарна здравствена заштита
СЗО – Светска здравствена организација
СРЗ – Сексуално и репродуктивно здравје
УНИЦЕФ – Детски фонд на Обединетите нации
ХИВ – Хуман вирус на имунодефициенција
ЦОР – Цели за одржлив развој

Скратеници на англиски

- АТС** – Anatomical Therapeutic Chemical
CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
GBD – Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factor Study
GDP – Gross Domestic Product
EMA – European Medicines Agency
ERP – Economic Reform Programme
HTA – Health Technology Assessment
ICPD – International Conference on Population and Development
LNG – levonorgestrel
MDG's – Millennium Development Goals
PHCPI – Primary Health Care Performance Initiative
PPRI – Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information
SDG's – Sustainable Development Goals
UHC – Universal Health Coverage
UPA – ulipristal
WHA – World Health Assembly

ВОВЕД



Достапноста до услуги и средства за семејно планирање и до соодветна информираност и употреба на контрацепција во биомедицинска смисла значи спречување на несакани бремености, бремености кои се случуваат прерано или предоцна, како и продолжување на периодот помеѓу бременостите. На глобално ниво се смета дека пристапот до модерна контрацепција ја намалува мајчината (матерналната) смртност за 25 %, а смртноста на новороденчиња за 20 %.¹ Одредени методи на контрацепција, исто така, ја намалуваат инциденцата на ХИВ и сексуално преносливите болести. Контрацепцијата сè повеќе се гледа и како начин за зачувување на плодноста и подобрување на здравствената состојба пред планираната бременост. Ова станува сè побитно во општествата во кои просечната возраст на раѓање станува сè повисока.²

Во пошироки рамки, пристапот до модерна контрацепција е клучен за јакнење на жените со тоа што ја зголемува нивната независност и моќта за носење одлуки, индивидуално или во рамките на семејството, им овозможува поефикасно да го планираат вработувањето и професионалниот развој и води кон подобрен баланс помеѓу приватниот и професионалниот живот.

Сексуалното и репродуктивното здравје за одржлив развој

Уште во **1979** година Комитетот за елиминирање на дискриминацијата на жената на ОН (**CEDAW**) ја донесе Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените. Во тоа време таа беше единствен-

1 Singh S., Darroch L., Ashord M., Vlassoff M. Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.

2 Helena Kopp Kallner and Kristina Gemzell Danielsson. Prevention of unintended pregnancy and use of contraception—important factors for preconception care. Ups J Med Sci. 2016 Nov; 121(4): 252–255.

ната меѓународна спогодба од областа на човековите права во која се споменува семејното планирање. Членот 10 истакнува дека пристапот до информации, советување и здравствени услуги за семејно планирање е една од основните мерки за ставање крај на дискриминацијата на жената во сите нејзини форми.³

Пред 28 години, во 1994 година, за време на **Меѓународната конференција за население и развој** (International Conference on Population and Development – ICPD), одржана во **Каиро**, 179 земји ја усвоија 20-годишната Програма за акција. Таа го трансформираше начинот на кој е опфатена поврзаноста меѓу популацијата, намалувањето на сиромаштијата и одржливиот развој – со поставување на правата, потребите и стремежите на индивидуите во центарот на одржливиот развој, за сметка на постигнувањето демографски цели и со намалување на влијанието на демографските аргументи врз популационите политики. Унапредувањето на родовата еднаквост, елиминирањето на насилството врз жената и обезбедувањето право на жената да го контролира раѓањето беа признати како столбови на политиките за популација и развој. Главни поставени цели беа: да се обезбеди универзален пристап до образование, да се намали смртноста на новороденчињата и мајките, да се обезбеди до 2015 година универзален пристап до репродуктивна здравствена заштита, вклучително семејно планирање, породувања со помош на здравствени лица и превенција на сексуално преносливи инфекции и ХИВ. Посебната вредност на оваа Програма за акција е и тоа што невладините организации имаа исклучително големо значење во нејзиното изготвување.

Во септември 1995 година, 17.000 делегати и 30.000 активисти се собраа во **Кина**, на Четвртата светска конференција за жени на ОН, на која 189 земји членки ја усвоија **Пекиншката декларација и платформа за акција**. Таа сè уште се смета за најпрогресивен документ и најсеопфатна глобална рамка на политиките за унапредување на правата на жените⁴. Во стратешката цел „Жените и здравјето“ се нагласуваат репродуктивните права, кои се базираат врз основното право на сите жени и мажи да одлучат слободно и одговорно за тоа дали, кога и колку деца ќе имаат, како и правото на информираност и пристап до средствата што тоа ќе им го овозможат тоа – безбедни, ефективни, достапни и пристапни методи за семејно планирање, во согласност со личниот избор. Платформата за акција еднакво ги прифаќа и „природните“ методи на семејно планирање. Во параграф 9б од Платформата за акција се истакнува правото на жената слободно и одговорно, ненасилно, без дискриминација или принуда, да одлучува за прашања што се однесуваат на нејзината сексуалност, на нејзините сексуални и репродуктивни права. Сепак, се нагласува дека

3 UN General Assembly. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Декември 1979. <<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>>

4 <<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>>

еднаквоста во односите меѓу жените и мажите поврзани со сексуалните односи и репродукцијата, вклучително и полно почитување на интегритетот на личноста, бараат заемно почитување, согласност и споделена одговорност за сексуалното однесување и последиците. И по над 25 години од Пекиншката декларација и платформа за акција, нејзиното значење како патоказ за постигнување на родова еднаквост не е избледено; на против – се покажува постојана потреба за зголемување на напорите на земјите за постигнување на задачите што беа поставени во 1995 година.

Во 2006 година е усвоена Конвенцијата за правата на лицата со попреченост, со која се признати правата на лицата со попреченост слободно и одговорно да одлучуваат за бројот на нивните деца и за периодот помеѓу раѓањата и да имаат пристап до информации соодветни на нивната возраст, едукација за репродукција и планирање на семејството. Државите потписнички треба да им обезбедат на лицата со попреченост ист опсег, квалитет и стандард на бесплатни или достапни здравствени програми, како и за другите, вклучително и во областа на СРЗ.⁵

На Милениумскиот самит на Обединетите нации во **2000** година, со прифаќање на **Милениумската декларација на ОН**, сите 191 земја членка во тоа време и барем 22 меѓународни организации се обврзаа на посветеност за постигнување на Милениумските развојни цели (Millennium Development Goals – MDG's)⁶. Тоа беа 8 општи цели за меѓународен развој, со 21 специфична цел (т.н. таргети) и 63 мерливи здравствени и економски индикатори, со чие исполнување се очекуваше да се постигнат човековите права предвидени со Декларацијата. Милениумските развојни цели истакнува три области: човечки капитал, инфраструктура и човекови права (социјални, економски и политички), со визија за подобрување на животниот стандард. За постигнување на овие цели беше поставен рок до 2015 година.

Наследник на Милениумските развојни цели (MDG) се **Целите за одржлив развој – ЦОР** (Sustainable development goals – SDG's)⁷, усвоени од страна на 193 земји во Генералното собрание на ОН на 25 септември **2015 година**, базирани врз принципите на усвоената Резолуција на ОН „Иднината што ја сакаме“⁸. Официјално се наречени „Трансформирање на нашиот свет: Агенда за одржлив развој 2030“ и со нив се зајакнува поставената насока од 2000 година за намалување на сиромаштијата во сите нејзини димензии и за создавање еднаков, праведен и безбеден свет. Овој пат поставени се 17 општи цели, а во 2017 година е усвоена и Индикатор-

5 <<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>>

6 <<https://www.publichealthnotes.com/mdgs-vs-sdgs-17-differences/>>

7 Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations. <<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>>

8 <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_66_288.pdf>

ска рамка⁹ со 169 специфични цели (т.н. таргети) и околу 230 индикатори, кои опфаќаат различни аспекти поврзани со растот и развојот на земјите. Со ова, „луѓето, планетата и просперитетот“ беа ставени во центарот на одржливиот развој.

Обезбедување на универзален пристап до **репродуктивно здравје** беше поставена цел во 2000 година во рамката на индикатори за исполнување на Милениумските развојни цели, која треба да придонесе за подобрување на мајчиното здравје. Целите за одржлив развој од 2015 година предвидуваат дека универзалниот пристап до здравствени услуги за **сексуално и репродуктивно здравје**, вклучувајќи и услуги за семејно планирање, информираност и едукација и интеграција на репродуктивното здравје во националните стратегии и програми, е цел која обезбедува здрави животи и ја подобрува благосостојбата на која било возраст (Цел 3, Таргет 3.7). Примената на методи за планирање на семејството е дел од индикаторите за постигнување на овие цели. Додека во 2000 година оваа цел беше изразена преку индикаторите „преваленца на контрацепција“ (некаде искажана како „стапка на употреба на контрацепција“) и „незадоволена потреба за семејно планирање“, во 2015 година реториката се насочува кон модерни методи за семејно планирање, па така употребениот индикатор е изразен преку „потребата на жените за семејно планирање, која е задоволена со **модерни методи**“. Овој индикатор во Целите од 2015 година е употребен и за мерење на постигнувањето на целта за **Универзална здравствена покриеност** (Universal health coverage – УНС), која зазема посебна и зголемена улога во напорите на меѓународната заедница. Исто така, за да се постигне глобалната цел за родова еднаквост и еманципација на жените и девојчињата, во согласност со Целите за одржлив развој, потребно е да се осигури универзален пристап до правото за обезбедување на сексуалното и на репродуктивното здравје, во согласност со Програмата за акција на Меѓународната конференција за население и развој и со Пекиншката платформа за акција, како и врз основа на документите што се резултат на овие конференции (Цел 5, Таргет 5.6). Индикатор за спроведување на овој таргет е соодносот на жените на возраст од 15 до 49 години кои сами носат информирана одлука во врска со сексуалните односи, употребата на контрацепција и репродуктивната здравствена заштита.

Иницијативата **Перформанси на примарната здравствена заштита** (Primary Health Care Performance Initiative – PHCPI) е партнерство посветено на трансформирање на глобалната состојба на примарната здравствена заштита (ПЗЗ), основано врз верувањето дека таа е камен-темелник на одржливиот развој. Иницијативата е основана во **2015** година, од страна на Фондацијата „Бил и Мелинда Гејтс“, Светската здравствена организација и Светската банка, а во партнерството се вклучени УНИЦЕФ и Глобалниот фонд. Таа соработува со владите и развојните организации и има за цел да обезбеди достапност и искористеност на податоците за

9 <<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>>

примарната здравствена заштита заради носење одлуки што ги менуваат животите на луѓето. Иницијативата дејствува на три меѓусебно зависни нивоа: мерење, подобрување и ангажман. РНСРП има развиено 38 клучни индикатори, кои ги покажуваат различните елементи поврзани со ПЗЗ, кои државите треба да ги мерат. Во групата на индикатори на исходот, заедно со „покриеност со антенатална грижа“, „лица кои живеат со ХИВ кои добиваат АРТ“, „контрола на хипертензија и дијабетес мелитус“ итн., е вклучен токму индикаторот: „потреба за семејно планирање задоволена со **модерни** методи“.¹⁰

На Самитот по повод **25-годишнината од ICPD**, одржан во **Најроби**, во **2019** година, стотици организации и илјадници поединци изгласаа **Изјава** со која се искажува неопходност да се „забрза исполнувањето на ветувањето“ дадено во 1994 година.¹¹ Имено, Изјавата се надоврзува на заклучокот дека и покрај значителниот напредок, Програмата за акција донесена на ICPD останала далечна реалност за милиони луѓе низ светот. Затоа уште еднаш се изразува решеност да се интензивираат напорите за нејзино спроведување, сега и во согласност со многуте нови прашања што влијаат врз населението и развојот, како што се климатските промени, растечките нееднаквости во една земја и помеѓу земјите, миграциите итн. Со оваа Изјава се нагласува вклученоста на младите и потребата за нови, иновативни и стратешки партнерства со нив, партнерства со граѓанските организации, локалната заедница, приватниот сектор. Со Изјавата посебно се обрнува внимание и на потребите и правата на ранливите популации, особено во случаите на кризни состојби. Една од истакнатите заложби е да се постигне универзален пристап до сексуални и репродуктивни права и здравје, како дел од универзалната здравствена покриеност, преку посветеност кон осигурување на „нула незадоволена потреба за информации и услуги за семејно планирање и универзална достапност до квалитетни, прифатливи и безбедни модерни контрацептивни средства“. Изјавата се осврнува и на неопходното финансирање за понатамошна реализација на Програмата за акција и за одржување на веќе стекнатите придобивки, преку зголемување на домашното финансирање, истражување на нови, партиципативни и иновативни инструменти за финансирање, како и преку зголемување на меѓународното финансирање за дополнување и катализирање на домашното.

Форумот за генерацииска еднаквост е глобално движење кое ги вклучува лидерите на владите, граѓанското општество, младината и приватниот сектор, иницирано во **2021** година, со цел да се забрзаат напорите за еднаквост, лидерство и можности за жените и девојчињата. Форумот беше организиран од ОН жени (UN Women) и владите на Мексико и на Франција. Тој се надоврзува на 25-годишнината од Пекиншката декларација, на ICPD, а има за цел да поттикне конкретен напредок во насока на остварување на Цел 5 од Целите за одржлив развој – „Постигнување

10 <<https://improvingphc.org/phcpi-core-indicators>>

11 [Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise | Nairobi Summit \(nairobi summit icpd.org\)](#)

на рамноправност помеѓу половите и зајакнување на сите жени и девојчиња“, преку поттикнување на храбра нова агенда со финансиски и политички заложби за родова еднаквост. Форумот дава и можност за барање на отчетност за постигнувањата после заложбите (повеќе од 1.250) дадени на Самитот во Најроби. Во рамките на Форумот формирани се 6 акциски коалиции. Секоја Акциска коалиција донесе насочен збир од конкретни, амбициозни и непосредни активности за периодот 2021 – 2026 година, за да се постигнат видливи резултати во насока на обезбедување на родовата еднаквост и човековите права на девојчињата и жените.¹² УНФПА, заедно со Аргентина, Буркина Фасо, Данска, Франција и Северна Македонија, ја водат Акциската коалиција за телесна автономија и сексуални и репродуктивно здравје и права.¹³ Акција 2 на оваа коалиција предвидува подобрување на квалитетот и пристапот до сервиси за контрацепција за дополнителни 50 милиони адолесцентки и жени, во рамки на сеопфатна рамка, која вклучува сервиси и права за СРЗ како есенцијална компонента на универзалната покриеност со здравствена заштита за сите.¹⁴

Македонија – стратешка насока

Македонија е потписник на сите споменати меѓународни документи, кои во својата рамка опфаќаат пристап до сервиси и методи за семејно планирање и контрацепција. За дел од нив е воспоставен систем за редовно следење на постигнувањата на државите потписнички.

Во шестиот периодичен извештај на Комитетот за елиминирање на дискриминацијата на жената на ОН (CEDAW) за постигнувањата на земјата во однос на заложбите од **Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените**, даден во ноември 2018 г., во поглавјето „Здравје“, меѓу другото, се наведува дека Комитетот е загрижен поради проблемите во пристапот до услуги за сексуално и репродуктивно здравје од страна на одредени маргинализирани групи (Ромки, лица без документи, азиланти и бегалци) и во одредени региони, како и поради нискиот процент на употреба на модерна контрацепција (12,8 % кај жените од 15 до 49 години). Комисијата ѝ препорачува на државата да преземе соодветни мерки за надминување на овие состојби, да се обезбеди универзален пристап до висококвалитетна здравствена заштита и до услуги поврзани со СРЗ и семејно планирање, како и да се обезбеди достапност на модерна контрацепција и зголемување на свесноста за превенцијата на несаканите бремености и одговорното сексуално однесување.¹⁵

12 <<https://forum.generationequality.org/action-coalitions>>

13 <<https://www.wecf.org/beijing25-world-conference-on-women/>>

14 UN Women. Action Coalitions Global Acceleration Plan. 2021. <UNW – GAP Report – EN.pdf (generationequality.org)>

15 Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the sixth periodic report of the former Yugoslav Republic of Macedonia. CEDAW/C/MKD/CO/6. ноември, 2018 г.

Во иницијалниот извештај, со усвоени заклучоци во 2018 г., **Комитетот за правата на лицата со попреченост** истакнува загриженост за достапноста на информации за СРЗ во формат прифатлив за лица со попреченост, вклучително жените и девојчињата, и за недостатокот на специјализирани сервиси за девојчиња и жени со попреченост во сите делови на земјата.¹⁶

Слични се и заклучоците за постигнувањата на земјата и дадените препораки во однос на **Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права** од 1966 година, истакнати во периодичен извештај од 2016 година даден од страна на Економскиот и социјалниот совет на ОН. Меѓу другото, во поглавјето „Здравје“ се истакнува дека модерни контрацептивни средства треба да бидат додадени на Позитивната листа на Фондот за здравствено осигурување, со што секој ќе може да си ги дозволи.¹⁷ И во Универзалниот периодичен извештај, од 2019 година, кој содржи препораки дадени од страна на другите земји членки, се дава препорака земјата да обезбеди универзална покриеност од страна на здравственото осигурување на сите трошоци поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје и модерни контрацептивни методи, а за сите жени, вклучително и за оние од рурални подрачја и други ранливи групи, да се обезбеди пристап до репродуктивна здравствена заштита. Препораките се официјално прифатени од државата.¹⁸

Во Доброволниот национален преглед за постигнувањата поврзани со **Целите за одржлив развој**, кој нашата земја го изготви и достави во април 2020 година, вклучени се и заклучоци и препораки дадени од страна на граѓанскиот сектор. Граѓанските организации, во областите Здравје и Популација, поконкретно за темата семејно планирање и репродуктивно здравје, нагласуваат дека пристапот до контрацепција е низок, бесплатна контрацепција е достапна за жените од ранливи групи во болниците, но не и на примарно ниво, и дека нема доволен број гинеколози и услуги за семејно планирање. Тие препорачуваат барем 3 вида модерна контрацепција (пр. спирала, таблети) да бидат вклучени на Позитивната листа на лекови, бесплатната контрацепција да биде достапна на примарното ниво на здравствена грижа, а матичните лекари да се обучат да даваат контрацепција и таа услуга да биде вреднувана.¹⁹

16 <https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fCO%2fMKD%2fCO%2f1&Lang=en>

17 Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of the former Yugoslav Republic of Macedonia. E/C.12/MKD/CO/2-4. јули, 2016 г.

18 <https://upr-info.org/sites/default/files/documents/2019-06/a_hrc_41_11_e.pdf> и <https://upr-info.org/sites/default/files/documents/2019-07/a_hrc_41_11_add.1_e.pdf>

19 Government of the Republic of North Macedonia. Sustainable Development Goals. Voluntary National Review. North Macedonia. Јули 2020 г. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26387VNR_2020_Macedonia_Report.pdf>

На самитот во **Најроби**, одржан во ноември 2019 г., по повод 25-годишнина од ICPD во Каиро, Македонија имаше своја државна делегација, составена од претставници на Владата и од граѓанскиот сектор, поддржана од УНФПА. Беа претставени Националните заложби, кои ги усвои Владата, како резултат на широк консултативен и партиципативен процес. Прва од 14-те заложби, во насока на остварување на глобалниот приоритет за постигнување универзален пристап до сексуално и репродуктивно здравје како дел од општата здравствена покриеност, е следнава: „Владата на Република Северна Македонија ќе се заложува за намалување на незадоволената потреба за семејно планирање на 10 % до 2030 година, особено за младите, преку обезбедување на најмалку три вида современи контрацептивни средства кои ќе бидат дел од националното здравствено осигурување и зголемување на средствата од националниот буџет за обезбедување функционални услуги за сексуалното и репродуктивното здравје, по мерка на младите.“^{20, 21}

Северна Македонија е партнер во Акциската коалиција за телесна автономија и сексуално и репродуктивно здравје и права и преку претставници од ресорните министерства во Владата активно учествува во активностите на оваа Коалиција. На Форумот за генерациска еднаквост во Париз, одржан во 2021 година, Претседателот ја претстави земјата како поддржувач на прогресивните политики за родова правда и ги претстави националните заложби на ова поле – „наша заложба е да го зголемиме опфатот на контрацепцијата од 14 % на 20 %, преку подобрување на пристапот на девојките и жените до советодавните услуги за планирање на семејството, и пристапот до абортус како основно право на жените“.²²

Заложбите за подобрување на пристапот до услуги за семејно планирање и контрацепција се прикажани и во домашните стратешки документи.

Посебно значење во десетгодишната **Стратегија за сексуално и репродуктивно здравје** 2011 – 2020 година²³ беше дадено на обезбедување универзален пристап на грижа за репродуктивното здравје, со посебен осврт на планирање на семејството. Таа стратегија предвидуваше еден сеопфатен пристап кон семејното планирање и обезбедување на контрацепција, како за општата популација така и за младите и ранливите групи. Меѓу мноштвото активности, предвидено беше развивање протоколи и стандарди за контрацепција базирани врз докази, проширување на Позитивната листа на лекови со барем три контрацептивни средства, едукација на матичните лекари и патронажната служба, обезбедување на „итна

20 <<https://vlada.mk/node/19478>>

21 <<https://hera.org.mk/wp-content/uploads/2020/06/Godishen-izveshtaj-na-HERA-za-2019-web.pdf>>

22 <<https://pretsedatel.mk/en/pariz-forum/>>

23 Министерство за здравство. 2011. Стратегија за сексуалното и репродуктивното здравје во РМ до 2020 година, со Акциониот план до 2013, Скопје 2011, стр. 14, 41, 42. <<http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/strategija-seksualno-i-reproduktivno-zdravje.pdf>>

контрацепција“ за ранливите и социјално загрозени групи во ПЗЗ, подобрување на пристапот до бесплатни кондоми и орална контрацепција за адолесценти и млади итн. Една од главните поставени цели на исходот беше до 2020 година 40 % од жените во репродуктивен период (15 – 49 години) да користат модерна контрацепција – пораст од 9,8 % во 2007 г., односно 12,8 % во 2011 г.²⁴

Владата, во својата 4-годишна **програма за периодот 2017 – 2021 г.** се заложи дека Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ (Позитивна листа) ќе се ревидира еднаш годишно, со внесување на нови лекови во неа, со гарантирана застапеност на сите лекови од есенцијалната листа на лекови, и дека барем еден вид на орална контрацепција ќе биде ставен на Позитивната листа.²⁵

ИПА III е инструмент за претпристапна помош на Европската комисија за Република Северна Македонија за програмскиот период 2021 – 2027 година. Во индикаторската рамка на Тематскиот приоритет „едукација, вработување, социјална заштита и политики за инклузија, и здравство“, како дел од инструментот ИПА III, вклучен е индикаторот за „стапка на употреба на кој било модерен метод за контрацепција“, кој е предвидено да се зголеми од 14 % во 2019 г. на минимум 22 % во 2027 година.²⁶

Програмата на економски реформи (Economic Reform Programme – ERP) е најважен стратегиски документ во економскиот дијалог со Европската комисија и земјите членки на ЕУ. Овој документ се изработува секоја година и претставува подготовка за учество во процесот на економски и фискален надзор на земјите членки на ЕУ, односно за вклучување во процесот на европскиот семестар за координација на економските политики во ЕУ. Со оваа Програма предвидена е и реформа на примарната здравствена заштита, во чии рамки се планира посебно стимулирање на избраните гинеколози за давање услуги поврзани со семејното планирање.²⁷

Македонија – индикатори

Иако во Македонија е забележан пораст на **вкупната преваленца (стапка на употреба) на контрацепција** од 40,2 % во 2011 г. на 59,9 % во 2018 година, како и намалување на незадоволената потреба за семејно планирање кај жени кои се во брак или во врска, сепак, од **Мултииндикатор-**

24 Според соодветните МИКС.

25 <https://vlada.mk/sites/default/files/programa/2017-2020/Programa_Vlada_2017-2020_MKD.pdf>

26 IPA III STRATEGIC RESPONSE Republic of North Macedonia, стр. 122. <<https://www.sep.gov.mk/page/?id=1120#.YjGqKnrMKUk>>

27 <<https://finance.gov.mk/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B8-2020-2022-2/>>

ското кластерско истражување (МИКС)²⁸ се забележува дека тој „напредок“ е постигнат со примена на традиционални методи на контрацепција, во најголема мера методот на „повлекување“. Имено, иако преваленцата на употреба на модерни методи на контрацепција е умерено зголемена од 12,8 % во 2011 г. на 14 % во 2018 година, сепак, имаме намалување на процентот на жени кои својата потреба од методи за семејно планирање ја задоволуваат со модерни методи²⁹ – од 24,3 % во 2011 г. на 19,9 % во 2018 г. Употребата на орална контрацепција е намалена од 1,6 % на 1,1 %, на спирала – од 2 % на 1,4 %, а на машки кондом во 2011 г. употребувале партнерите на 8,3 % од жените помеѓу 15 и 49 години кои биле во брак или врска, додека во 2018 г. – 10 %.

Според МИКС од 2018 г., возраста нема значајно влијание врз изборот на метод од страна на жените кои се во брак или во врска, па горенаведените наоди генерално се применливи за сите возрасти. Сепак, се забележува влијание од социо-економската положба (ниво на едукација и приходи) – пообразованите и побогатите во поголем степен користат модерни методи. Исто така, се забележува разлика по основа на етничка припадност – Македонците двапати повеќе користат модерни методи од Албанците, процент кој се должи на седумпати повисокиот процент на употреба на кондом кај Македонците. Спротивно на тоа, употребата на орална контрацепција е значително повисока кај албанските жени.

Зборувајќи за индикаторите, вреди да се спомене и преваленцата на употреба на контрацепција кај жени кои не се мажени или во врска, која за првпат се мери со МИКС во 2018 година. Во овој сегмент се укажува на сосема поинаква слика, односно на стопроцентна задоволеност на потребата за контрацепција, од што дури 85,7 % се постигнати со употреба на модерни методи. Сепак, во рамките на оваа целна група се забележуваат значителни разлики во изразената потреба за контрацептивни методи. Имено, кај жените од понизок социо-економски статус (пониско образование и ниски приходи), како и кај жените Албанки е искажана значително пониска потреба од контрацептивни средства.

Во 2020 година е регистриран преполовен број на **совети за планирање на семејството** во примарната здравствена заштита. Регистрирани се вкупно 3.645, или за 67,7 % помалку посети во однос на 2019 година (11.304 совети за планирање на семејството во 2019 г.). Бројот на регистрирани ординирани контрацептивни средства во 2020 г. е исто така значајно мален во однос на 2019 г. и изнесува 1.246 (8.923 во 2019 г.). Според регистрираниот број на први совети за планирање на семејството, во 2020 година има 3.026 посети (9.281 посета во 2019 г.), а опфатот на жените во

28 Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2012 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>

29 Во модерни методи се вброени: орална контрацепција, кондоми – машки и женски (иако се употребувани од страна на партнерот, сепак и машките кондоми се вклучени во групата), спирала, инјекции, импланти, женска и машка стерилизација, дијафрагма, пена, гел.

репродуктивен период со совети за контрацепција во 2020 година е исклучително низок – 0,7 % (1,8 % во 2019 г.). Во истата година, само 0,6 % од адолесцентките на возраст до 19 години биле опфатени со совети за планирање на семејството (2,2 % во 2019 г.).³⁰ Овој сериозен пад во голема мера се должи на пандемијата со КОВИД-19 и на објективните нарушувања во давањето здравствена заштита на примарно ниво и пренасочување на капацитетите. Сепак, и показателите од 2019 година, особено кај адолесцентната популација, не даваат слика која укажува на можност за приближување до поставените национални и меѓународни стратешки определби.

Во **Прилог 1** е прикажан преглед на развојните цели во областа на репродуктивното здравје и универзалната покриеност со здравствена заштита, како и споредба на вредностите на овие индикатори во Македонија во 2011 и 2018 година.

³⁰ Здравствен дом Скопје, Завод за мајки и деца, 2021. Информација за здравјето на мајките и децата во Република Северна Македонија, во 2020 година. Скопје, септември 2021.

МЕТОДОЛОГИЈА



Дизајн на студијата

Оваа анализа следи квалитативен методолошки пристап, во облик на истражување на политики, со вклучена компаративна анализа.

Квалитативната методологија, со нејзиниот индуктивен пристап, го нагласува деталното и темелно согледување на собраните податоци и на истражувачите им дава богати информации за комплексноста на организацискиот контекст и општествените процеси во дадените услови и во пошироката општествена и политичка околина. Иако податоците што се добиени со квалитативните методи обично не се статистички репрезентативни за популацијата која се истражува, тие овозможуваат основно разбирање на дадената ситуација, што понатаму, доколку е потребно, може да води кон последователни квантитативни истражувања. Негативна страна на дизајнот на ова истражување е тоа што квалитативните методи даваат обемна база на податоци и бараат многу време и експертиза, како во стадиумот на прибирање на податоците така и при нивната анализа. Ова е земено предвид при временското планирање на истражувачките активности.

Прибирање на податоци

Деталната проценка е спроведена користејќи ги следниве техники за прибирање податоци:

1 Истражување на документи

2 Фокус група

Истражувањето на документи опфати анализа на официјални документи од јавен карактер, кои се однесуваат на Македонија, како и документи кои се однесуваат на други земји. Беа истражувани регулативата, владини политики, стратегии и програми, документи поврзани со здравстве-

ните осигурувања, национални и меѓународни истражувања и анализи, статистички извори, извештаи и анализи на невладини организации. Истражувањето на документи може да биде придружено и со анализа на медиумски прилози.

Во завршниот дел на истражувањето беше спроведена *фокус група* со претставници од невладиниот сектор, кои ќе бидат главни корисници на наодите од анализата заради застапување за зголемување на националното финансирање и субвенционирање за подобрување на пристапот до современи контрацептивни средства. Оваа целна група имаше за цел да обезбеди партиципативен пристап и објективност во оформување на препораките за тоа какви стратегии би можеле да функционираат и да бидат од корист во понатамошните активности за застапување и лобирање кон донесувачите на одлуки.

Обработка и анализа на податоците

Текстуалниот материјал беше прегледан користејќи метод на анализа на содржината, за да се идентификуваат главните теми, кои беа категоризирани. Главните аналитички категории, според кои се организирани и претставени податоците, се:

- 1 Проценка на националниот контекст;
- 2 Меѓународен контекст и споредбена анализа, со осврт на земјите од ЕУ.

Аналитичките податоци понатаму се искористени за давање препораки за застапување и лобирање.

Овие аналитички категории беа вклучени за двете главни тематски групи:

- ➔ Принципи на покриеност со универзална здравствена заштита
- ➔ Пристап до здравствени услуги и средства за контрацепција.

Концептите и прашањата што беа покриени со овие две тематски групи беа претходно дефинирани, но и други истражувачки прашања беа индуктивно генерирани и развиени паралелно со прибирањето на податоци. Сите податоци што беа релевантни за одредена категорија и концепт беа идентификувани, прегледани и споредени со останатите податоци. Оваа меѓувремена анализа го водеше понатамошното прибирање на податоци и пречистување на истражувачките прашања. Со дел од развиените аналитички категории беше спроведена компаративна анализа на податоците од различните земји, преку споредување на резултатите.

ПРИНЦИПИ НА ПОКРИЕНОСТ СО УНИВЕРЗАЛНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



Постигнувањето универзална здравствена заштита е во центарот на глобалната развојна политика и е дел од задачите во рамките на Целите за одржлив развој на Обединетите нации, како насока за подобрување на здравјето и заштита и за најсиромашните во светот.

Универзалната здравствена заштита (или Универзална здравствена покриеност, англ. *Universal health coverage, UHC*) се дефинира како обезбедување на сите луѓе и заедници да имаат пристап до неопходните здравствени услуги (вклучувајќи ги промотивните, превентивните, куративните, рехабилитационите и палијативните здравствени услуги) кои имаат доволен квалитет за да бидат ефективни, при што се обезбедува дека со користење на овие услуги корисникот не се изложува на финансиски тешкотии. Оваа дефиниција поставува три поврзани цели:

- ➔ **рамноправност во пристапот до здравствени услуги, односно секој кој има потреба од здравствена услуга треба да ја добие, а не само оние кои можат да платат за тоа;**
- ➔ **квалитетот на здравствените услуги треба да е доволно добар за да го подобри здравјето на оние кои ги добиваат; и**
- ➔ **луѓето треба да се заштитени од финансиски ризик, односно да се обезбеди дека трошокот за користење на здравствени услуги нема да ги изложи на ризик од сериозни финансиски тешкотии.**

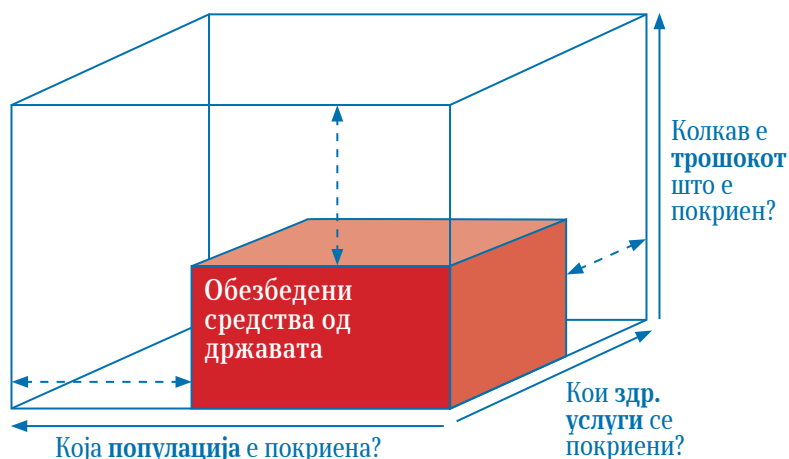
Универзалната здравствена заштита (покриеност) е цврсто базирана врз статутот на Светската здравствена организација (СЗО) од 1948 г., во кој здравјето беше прогласено за фундаментално човечко право, и врз агендата Здравје за сите, поставена со декларацијата од Алма Ата од 1978 година.

Целите од универзалната здравствена заштита се постигнуваат со моделите на здравствена заштита по Бизмарк (системи со социјално/задолжително здравствено осигурување) и Бевериџ (системи на здравствена заштита финансирана од даноци).

Иако целта на концептот за универзалната здравствена покриеност е подобрување на здравствените индикатори, тоа не значи (бесплатно) покривање на сите можни здравствени интервенции, независно од нивниот трошок, бидејќи сите интервенции не се ефективни, односно трошковно ефективни. Неместо тоа, овој концепт е за обезбедување на основен пакет здравствени услуги и прогресивно проширување на покриеноста, со зголемување на достапните ресурси.³¹

За да се одговори на прашањето дали населението е покриено со здравствена заштита, треба да се одговори на три основни прашања: За кого? Што? и Колку?

Слика 1:
Три димензии на напорите за обезбедување универзална здравствена покриеност



Намалувањето на уделот на граѓаните се обезбедува на три начини: со покривање на поголем број граѓани, со вклучување на повеќе услуги (и лекови, помагала и други средства) во „кошничката“ и со покривање на поголем дел од трошокот за нив.

Овие принципи на покривање на здравствени услуги и удел во нивниот трошок се слични во сите земји на Европа. Сепак, во зависност од финансиската моќ на државите, одвојувањето за здравство, како и ефективноста на здравствените системи, уделот на државата во трошоците е различен.

Делот што не е покриен од страна на државниот буџет мора да биде покриен од страна на корисниците и нивните семејства, и се нарекува „плаќање од џеб“ (англ. out of pocket payment). Што се случува кога луѓето се принудени да плаќаат од свој џеб за здравствените услуги?

На Светскиот ден на здравјето во 2019 година беа објавени нови докази од СЗО, според кои одредени луѓе се соочуваат со пречки во пристапот

31 WHO. 2018. Medicines reimbursement policies in Europe. стр. 10.

и го избегнуваат третманот поради трошокот што треба да го платат, па поради тоа се изложени на финансиски тешкотии, дури и во најбогатите земји во Европа.

Како резултат на придонесот на национални експерти во 24 земји, извештајот на СЗО за Европа од 2019 година открива дека:

- ➔ помеѓу 1 % и 9 % од домаќинствата во Европа се турнати во сиромаштија по плаќањата од џеб;
- ➔ помеѓу 1 % и 17 % од домаќинствата се соочени со катастрофални трошоци за здравствена грижа, што може да значи дека тие не може да си ги дозволат ниту основните потреби, како што се храна, домување и греење;
- ➔ катастрофалните трошоци за здравствена грижа конзистентно се концентрирани помеѓу најсиромашните 20 % од населението; и
- ➔ катастрофалните трошоци за здравствена грижа се должат главно на трошоците за лекови кои се купуваат во аптека.³²

Мерење на покриеност со универзална здравствена заштита

Мерењето на степенот до кој е постигната универзална здравствена заштита, како и следењето на процесите на одлучување за тоа што ќе биде покриено од државите, е битно заради разбирање дали здравствените услуги се во согласност со здравствениот профил на земјата и дали имаат доволен квалитет за да обезбедат здравствени придобивки.

Базата на податоци за **глобалните трошоци за здравје**, која ја води Светската здравствена организација, дава меѓународно споредливи податоци за приближно 190 земји, во периодот од 2000 до 2017 година. Индикаторите за трошоците за здравството се клучен водич за мониторинг на ресурсите, обезбедување транспарентност и поддршка на отчетноста на системите за финансирање во здравството. Податоците служат како поддршка на целите за одржлив развој поврзани со универзална покриеност со здравствена заштита, преку помош во следење на достапноста на ресурси за здравството. Објавените податоци понатаму поттикнуваат дополнителни истражувања и дискусии за здравствените политики на глобално, регионално и национално ниво. Дatabазата е отворена и овозможува подобро разбирање на прашањата како што се: Колку државите трошат за здравство?; Колку владите, осигурителните компании, семејствата и донаторите придонесуваат во буџетот за здравство?; Колку средства се

³² <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/news/news/2019/4/out-of-pocket-payments-for-health,-particularly-for-medicines,-are-unaffordable-for-many-in-europe>>

трошат за примарна здравствена заштита?; Колку средства се трошат за одредени здравствени услуги, за справување со одредени болести и состојби итн.³³

Во последно време, со оглед на глобалната стратешка одредба за обезбедување на универзална покриеност со здравствена заштита, има тренд на подетално систематското глобално мерење и следење на покриеноста со здравствени услуги и на критериумите за одлучување поврзани со тоа.

СЗО во 2020/2021 година за првпат направи *систематски преглед на услугите што се покриени од државите членки, т.н. „пакет на здравствени услуги“ (Health benefits package)*, како и на процесите на донесување одлуки и критериуми за тоа. Ова истражување беше поврзано со истражување за методологијата за Проценката на здравствени технологии, како еден од најзначајните механизми за одлучување што ќе биде покриено од државата. Се очекува следењето и мерењето на постигнувањата на земјите во овие сегменти да стане редовна пракса.³⁴

Исто така, Европската канцеларија на СЗО, започнувајќи од 2018 година, реализира **стандардизирани истражувања** во посебните земји во Европа, насловени: „Дали луѓето може да си дозволат да платат за здравствена заштита? Нови докази за финансиската заштита во...“. Досега се објавени 20 истражувања, меѓу кои и за Република Северна Македонија во 2021 г.³⁵

Со **Глобалниот извештај за Универзална здравствена покриеност 2019 год.** се мери постигнувањето и напредокот на земјите во однос на индикаторот 3.8 од Целите за одржлив развој. Универзалната здравствена покриеност се мери преку индекс, изразен на скала од 0 до 100, изведен како просек од 14 под-индикатори на покриеноста со есенцијални здравствени услуги, организирани во 4 компоненти: 1. репродуктивно здравје, здравје на мајките, новороденчињата и децата; 2. инфективни болести; 3. не-заразни болести и 4. капацитет и пристап до здравствени услуги. Сите се следат кај општата популација, но и кај популациите во најголем ризик. Секој од 14те под-индикатори исто така се изразува како индекс на скала од 0-100. За Македонија се забележува раст на генералниот индекс од 57 во 2000 на 68 во 2019 г. Но, **„Потребата за семејно планирање, задоволена со модерни методи“**, како една од 14-те под-индикатори, е оценета со **индекс 25**, при што во светски рамки полош индекс од ова имаат само Албанија, Јужен Судан, Сомалија и Чад.³⁶

33 <<http://apps.who.int/nha/database>>

34 <<https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/survey-homepage>>

35 <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection/universal-health-coverage-financial-protection-country-reviews>>

36 WHO. 2021. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>>

Во рамки на студијата за **Глобалното оптоварување со болести, повреди и фактори на ризик** од 2019 година (Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factor Study – GBD), изготвена е слична систематска анализа на ефективната универзална здравствена заштита во 204 земји и територии во периодот од 1990 до 2019 година, преку употреба на индекс базиран врз 23 индикатори за покриеност, одредени низ консултативен процес на СЗО. Индикаторите се мапирани во матрикс-рамка, која опфаќа здравствени услуги за промоција, превенција, третман, рехабилитација и палијативна нега, од една страна, и целната група од друга страна. Единствениот индикатор од областа **промоција** се однесува токму на репродуктивното здравје, а тоа е индикаторот „задоволена потреба од семејно планирање со модерни средства за контрацепција“. Останати индикатори од областа на репродуктивното и здравјето на новороденчиња се „антенатална, перинатална и постнатална грижа за мајки и новороденчиња“. Глобалниот индекс на универзална здравствена заштита, добиен со оваа студија од 2019 г., изнесува 60,3 и е пораснат од 45,8 во 1990 г., но индексот покажува големи разлики меѓу државите (помеѓу 25 и 95). Вкупниот индекс за Македонија е 61 и е на најниско ниво во споредба со другите држави од поранешна Социјалистичка Федеративна Република Југославија, чии здравствени системи се базираат врз иста основа и се релативно споредливи. Од сите индикатори за нашата земја најнизок за себен индекс, кој многу придонесува во намалувањето на вкупниот национален индекс, има токму индикаторот за „задоволена потреба од семејно планирање со модерни средства за контрацепција“ – 19³⁷, при што и со оваа студија истите 4 горенаведени земји се единствените со понизок проценет индекс.

Состојба во Македонија

Македонија се декларира како земја со модел на обезбедување здравствена заштита по Бизмарк, заради воспоставеното социјално/задолжително здравствено осигурување. Овој дел од здравството се финансира од страна на осигурениците, за кои се плаќаат придонеси во Фондот за здравствено осигурување. Сепак, постоењето на здравствени програми на Владата, кои се спроведуваат од страна на Министерството за здравство, и кои се финансираат преку буџетот на Владата (даноци и сл.), укажува на тоа дека нашата земја има и карактеристики на модел по Бевериџ. Програмите се специфични по тоа што се покриваат сегменти од здравствената грижа и трошокот, кои се од посебен јавно-здравствен и стратешки интерес, на пример:

- ➔ **превентивни (скрининг) програми за одредени заболувања, за кои се потребни посебни организациски елементи;**

37 Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, August 2020. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)>

- ➔ програми кои го олеснуваат финансискиот товар на граѓаните, т.е. програмите за ослободување од партиципација, програмите (или нивни сегменти) кои покриваат здравствени услуги за неосигурени лица итн.;
- ➔ програми кои покриваат трошоци што би биле исклучително висок товар за здравственото осигурување, како што се програмите за обезбедување третман за ретки болести, дијабетес/инсулини;
- ➔ програми за кои е неопходен специфичен интегриран пристап со вклучување на повеќе чинители (пр. вклучување и на граѓански организации), како што се програмите за ХИВ, вклучително и терапија, борба со зависности, здравствена заштита на мајки и деца итн.

Фондот за здравствено осигурување во периодот 2018 – 2020 година има помеѓу 1844.000 и 1,87 милион осигуреници, што претставува повеќе од 100 % од вкупното резидентно население во Македонија, утврдено со пописот од 2021 година (1.837.000 жители).³⁸ Одредени здравствени услуги или лекови се достапни само за лица со дефиниран здравствен проблем/ критериум, па така постои ограничување врз основа на здравствена потреба. Ограничување постои и врз основа на начин на пристап до одредена здравствена услуга, па така специјалистичките прегледи не се покриваат доколку не се со упат од матичен лекар.

Во однос на тоа кои здравствени услуги се покриени, треба да се укаже на тоа дека основата на здравственото осигурување во Македонија е наследена од СФРЈ и е одразена во начелото на „сеопфатност“. Тоа значи дека нашето социјално здравствено осигурување, во принцип, има „негативен пакет на услуги“, односно го одредува тоа што не се покрива. Исклучок од ова е Позитивната листа на лекови, каде е прецизно наведено кој лек се покрива, за кое ниво на здравствена заштита и за која категорија граѓани. Сепак, има дефинирано и Листа на здравствени услуги кои ги обезбедуваат здравствените установи, а кои се плаќаат од страна на Фондот. Листата е преточена во „Ценовник“ на Фондот и објавена на неговата веб-страница.³⁹

Најголем дел од она што се покрива од страна на Фондот за здравствено осигурување е со споделен трошок со осигурениците, и тоа во различен степен за различни здравствени услуги/лекови. Уделот на осигурениците е во форма на партиципација за одредена здравствена услуга, плус одредено ниво на доплата до продажната цена за лекови од Позитивната листа. Одредени категории граѓани (социјално ранливи категории – лица со ниски семејни приходи, неспособни за работа, деца со посебни потреби итн.) се ослободени од плаќање партиципација. Исто така, одредени

38 <<https://fzo.org.mk/WBStorage/Files/Godisen%20izvestaj%202020.pdf>> стр. 1 и <<https://popis2021.stat.gov.mk/>>

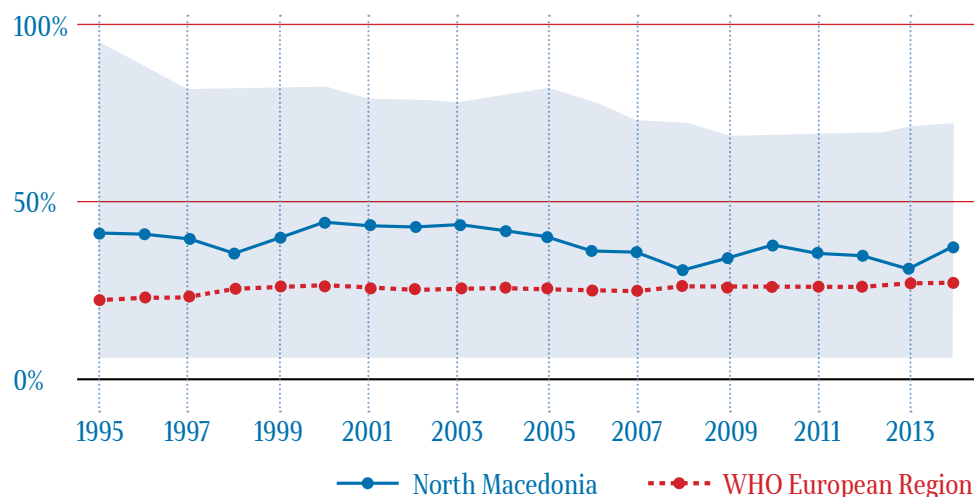
39 <<https://fzo.org.mk/cenovnik-zdravstveni-uslugi>>

здравствени услуги се ослободени од плаќање партиципација, како што се прегледите кај матичен лекар, хемодијализата, итната помош итн.^{40 41}

Од друга страна, пак, она што е вклучено во програмите на Владата е во потполност бесплатно за граѓаните за кои е предвидено.

Македонија во 2014 година имала проценет удел од 36,7 % на приватните плаќања од џеб на семејствата, како процент од вкупниот трошок за здравството, додека просекот во европскиот регион на СЗО бил 26,64 %, а во ЕУ – 16,67.^{42 43} Во 2018 г. овој индикатор за Македонија бележи пораст до 42 %. Приватни плаќања, главно, се вршат за лековите што ги издаваат аптеките, по што следува амбулантното лекување. Уделот на лековите што ги издаваат аптеките е пораснат од 67 % во 2006 година на 80 % во 2018 година, додека уделот на амбулантното лекување е намален од 15 % на 12 %⁴⁴.

Графикон 1:
Приватни плаќања од џеб на семејствата,
како сооднос од вкупните трошоци за здравство



*HFA-DB

40 Закон за здравственото осигурување, пречистен текст. <<https://fzo.org.mk/zakon-zdravstveno-osiguruvanje-odluki>>

41 Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите. <<https://fzo.org.mk/odluka-za-visina-na-uchestvoto-na-osigurenite-lica-vo-vkupnite-troshoci-na-zdravstvenite-uslugi-i-0>>

42 <https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_29-out-of-pocket-expenditures/visualizations/#id=17097&tab=table>

43 OECD, European Commission. 2018. Health at a glance: Europe 2018, стр. 143.

44 Димковски В., Моска I. Дали луѓето можат да си дозволат да платат за здравствена заштита? Нови докази за финансиската заштита во Северна Македонија. Копенхаген. Регионална канцеларија на СЗО за Европа; 2021, стр. 26.

Критериуми за покриеност од буџетот на државата, со посебен осврт кон лековите

Воспоставувањето критериуми и дефинирани процеси за одлучување за тоа кои здравствени услуги/лекови ќе бидат покриени од државата и до кој степен (т.н. пакет на здравствени услуги, англ. Health benefits package) е еден од клучните сегменти не само за постигнување поголема ефикасност на здравствените системи туку и за обезбедување еднаквост во пристапот до услугите/лековите, како и за борба против корупцијата. Во одредени случаи преовладуваат одлуките што се носат врз основа на карактеристики на популациската група која е покриена (возраст, заболување, социо-економски статус итн.), некаде преовладуваат критериуми поврзани со здравствената услуга/интервенција/лек која се покрива (медицинска оправданост, финансиски аспекти, достапност...), а во одредени случаи во одлучувањето е битен пристапот до здравствена услуга (пр. покриеност на услугите во примарното здравство и итна помош). Многубројни се примерите каде стратешките одредби и јавно-здравствениот интерес надвладуваат во одлуките (пр. при справувањето со пандемиите на ХИВ, КОВИД и сл.). Во Европа, вклучително и во нашата земја, најчесто се применува комбинација од овие пристапи, при што во одредена земја може да доминира еден пристап наспрема друг.

Како што државите се стремат кон постигнување на универзална покриеност со здравствена заштита, така сè позначаен и покомплексен станува процесот на одлучување кои здравствени технологии, интервенции и услуги ќе бидат поддржани од страна на ограничените здравствени буџети, со цел да се задоволат приоритетните потреби на населението. Ова дополнително се усложнува со фактот што здравствените технологии стануваат сè поскапи, диспропорционално со достапните здравствени буџети во земјите. Заради справување со овој проблем постојат различни методологии и алатки за да им се помогне на државите за зголемување на објективноста и транспарентноста. Во продолжение ќе бидат претставени дел од нив.

Медицина базирана врз докази

Медицина базирана врз докази (МБД) е систематски пристап во медицината при кој лекарите и другите здравствени работници ги користат најдобрите достапни научни докази од клиничките и други истражувања, како помош во носењето одлуки за грижата за пациентот. Употребата на МБД може да помогне во планирање на најдобриот пристап, да ги подобри квалитетот на грижата и резултатите кај пациентот. Водичи, протоколи, патеки итн. се различни документи кои заедно се нарекуваат „медицина базирана врз докази“. Тие, меѓу другото, служат и за изготвување политики, носење одлуки за приоритизација на потребите и усогласување

со можностите на здравствениот систем (носење рационални одлуки), помагаат во одредување на трошковната ефикасност и понатаму за ефикасно користење на здравствените ресурси, помагаат за зајакнување на пациентите и за нивна подобра информираност.

Проценка на здравствени технологии

Проценка на здравствени технологии (Health technology assessment – HTA) е мултидисциплинарен процес кој користи експлицитни методи за да се определи вредноста на здравствената технологија, со цел да се информираат носителите на одлуки во здравствената политика заради постигнување рамноправен, ефикасен и висококвалитетен здравствен систем. Методологијата е наменета за приоритизирање, селекција, воведување, дистрибуција и менаџмент со интервенции за промоција на здравјето, за превенција, дијагностика, третман, рехабилитација и палијативна грижа. Таа се однесува на формална, систематска и транспарентна евалуација на карактеристиките, ефектите и влијанието на здравствените технологии. Ги опфаќа како саканите така и несаканите последици од употребата на технологиите и интервенциите, во споредба со постоечките алтернативи.⁴⁵

Се проценуваат клиничките (ефикасност и безбедност), економските (трошковна ефикасност и фискални импликации), етичките/социо-културни, организациските (пр. достапност и прифатливост за корисниците и за давателите на услуги, еднаквост во пристапот итн.) и другите пошироки влијанија (пр. влијание на околината) на здравствените интервенции или технологии. Под „технологии“ во оваа смисла на зборот се подразбираат медицинска опрема, лекови, вакцини, медицински и ортопедски помагала, дијагностички тестови, хируршки интервенции, скрининг програми, процедури, системи итн.

Проценката на здравствените технологии како методологија има сè поголема улога и е сè повеќе регулирана на европско ниво. Признавајќи го значењето на HTA, на 67. Светско здравствено собрание на СЗО е донесена резолуција (WHA 67.23) за ова прашање. Таа, во прв ред, ја поврзува HTA со стратегиите за лекови и нивната рационална употреба, со одржливоста на здравствените системи и финансирањето во здравството, со универзалниот пристап до здравствена заштита преку системот на социјално здравствено осигурување, со носењето информирани одлуки во здравството базирани врз докази, и конечно, со ефикасно користење на ресурсите во здравството. Самата Резолуција потврдува дека и до 40 % од средствата во здравството низ светот се потрошени неефикасно, факт што недвосмислено повикува на системски и ефикасни решенија за да се намалат таквите неефикасности и да се поттикне рационалната употреба на здравствените технологии. Во Резолуцијата се нагласува важноста

45 <<http://htaglossary.net/health+technology+assessment>>

на независниот пристап во оценките и истражувањата на здравствените технологии. Се изразува загриженост од недоволните и неадекватни капацитети за истражување, документирање и оценување на јавно-здравствените, економските, организациските, општествените, правните и етичките импликации на здравствените технологии, што резултира со неадекватна информираност при носењето политички и професионални одлуки и практики, посебно во земјите во развој, каде и проблемот со не-ефикасна распределба на ресурси во здравството е најголем.

СЗО ги задолжува земјите членки да пристапат кон воспоставување на национални системи за проценка на здравствените ресурси, заради обезбедување на информиран, независен и систематски пристап во носењето политики, поставувањето на приоритети, селекцијата, менаџментот на системот за набавка, формулацијата на одржливи пакети во здравственото осигурување, носењето на позитивни листи на лекови, упатства и протоколи за клиничката пракса итн. Исто така, во согласност со обврските од Резолуцијата WHA 67.23, СЗО нуди техничка помош и поддржува стекнување на знаења за методологиите и процесите за земјите членки, посебно оние од помалку развиените земји, со цел зајакнување на капацитетите за НТА, поттикнува регионална и меѓународна соработка на ова поле, размена на информации и искуства, а обезбедува и функционирање на заеднички механизми за соработка и партнерства на глобално, регионално и национално ниво. Секретаријатот на СЗО, исто така, спроведува периодични истражувања, па така во 2015 година спроведе истражување за институционалните капацитети на 125 земји членки за спроведување на НТА. Околу 80 % од земјите изјавиле дека имаат некаков формален процес на систематско прибирање и анализа на податоци заради проценка на влијанието на одредена здравствена технологија или интервенција. Повисоко развиените земји ја употребуваат проценката на здравствените технологии при одлучувањето што да биде вклучено во пакетите за здравствено осигурување. Земјите со среден приход ги користат ваквите процеси при усвојување на клиничките упатства и протоколи. Одредени земји на ваков начин ги одредуваат и цените на здравствените производи.

Есенцијална листа на лекови

Фундаментален дел од човековото право на здравје е и правото на пристап до есенцијални здравствени технологии со потврден квалитет, вклучувајќи и лекови. Есенцијални лекови (ЕЛ) се оние кои ги задоволуваат приоритетните здравствени потреби на населението. Во контекст на функционален здравствен систем, есенцијалните лекови треба да бидат достапни во секое време, во соодветни количини, во соодветна дозжна форма, и по цена која може да си ја дозволат луѓето, но и системот. Владите и здравствените институции ги користат листите на есенцијални лекови за да одредат кои лекови ќе ги платат, набават, пропишуваат и

издаваат. Листите на ЕЛ влијаат врз пристапноста на лековите, а нивната содржина е одраз на битни детерминанти на здравјето глобално.⁴⁶

Важноста на есенцијалните лекови се препознава и во Целите за одржлив развој (ЦОР). Имено, ЦОР 3.8 ја споменува важноста на „пристапот до безбедни, ефективни, квалитетни и достапни лекови и вакцини за сите, како клучна компонента на универзалната здравствена покриеност“.⁴⁷

Концептот на есенцијални лекови е предложен од СЗО како пристап и алатка за поддршка во носењето одлуки и за развој на соодветни политики, кои обезбедуваат пристапност до лекови. **Модел-листата на есенцијални лекови (ЕЛ) на СЗО** е изготвена во 1977 година, со 208 вклучени лекови, и се ревидира на секои две години.⁴⁸ Последната, 22. верзија, е усвоена во **2021 година** и содржи **479 лека**. Од 2007 г. постои посебна Листа на ЕЛ за деца.

При развивањето на Модел-листата се врши внимателен избор на лекови, врз основа на систематски преглед на компаративната ефикасност, безбедноста и вредноста. Овие принципи се релевантни за земји со низок, среден и висок приход. Врз основа на овие принципи, некои лекови се класифицирани како есенцијални лекови и покрај нивните исклучително високи цени (на пример, лековите за рак и за хепатитис Ц).⁴⁹ Во 2019 година СЗО ја објави глобалната база на податоци за есенцијалните лекови во земјите.⁵⁰

Во Поглавје 22 од Модел-листата на есенцијални лекови на СЗО се опфатени лековите за репродуктивно здравје и перинатална грижа. Тоа поглавје содржи 25-30 препарати, од кои голем дел се препарати за контрацепција.⁴⁸

Повеќе од 155 земји во светот имаат усвоено национална листа на есенцијални лекови. Според едно истражување од 2019 г., кое се однесува на споредба на листите во 136 земји важечки во 2017 г., утврдени се големи разлики во листите. Вкупниот број на лекови по листа варираше од 44 до 983. Најголем дел од земјите со понизок БДП и пониските трошоци што ги издвојуваат за здравство, имале пократки листи на ЕЛ, но има и многу исклучоци од ова согледување. На пр., Шведска има висок БДП и издвојува висок буџет за здравството, но има релативно кратка листа, додека Сирија има низок БДП, а листата ѝ е релативно опсежна. Од 414 лекови кои биле на тогашната Модел-листа на СЗО, 73 (18 %) биле вклучени на листите на само 27 (20 %) или помалку земји, а 23 лекови (6 %) биле

46 <<https://www.who.int/bulletin/volumes/97/6/18-222448.pdf>>

47 Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations. <<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>>

48 WHO Model Lists of Essential Medicines. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization. <<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>>

49 WHO. 2018. Medicines reimbursement policies in Europe. стр. 10-11.

50 <<https://global.essentialmeds.org/dashboard/countries>>

вклучени на листите на 7 земји (5 %). Ниту една земја не ги вклучила сите лекови од Модел-листата, а само 8 земји вклучиле повеќе од 300 лека. Од европските земји – Португалија и Словачка имаат вклучено повеќе од 600 лека на своите листи, кои не се на Модел-листата на СЗО; спротивно, Бугарија и Босна и Херцеговина немаат вклучено повеќе од 300 есенцијални лека според СЗО. Бројот на лековите за кои има разлики меѓу листите на земјите и листата на СЗО се движи помеѓу 85 и 533. Во листите на сите истражувани земји заедно биле вклучени повеќе од 2.000 различни генерики, од кои 60 % биле вклучени во само 10 % од земјите. Само лекот amoxicillin бил вклучен во листите на сите земји, а diazepam, doxycycline, краткоделувачки инсулини, salbutamol и metronidazole биле вклучени во листите на 99 % од земјите. Студијата заклучува дека разликите меѓу листите не може лесно да се објаснат преку разликите во карактеристиките на земјите и не може да се поврзат со различните приоритетни потреби.⁵¹ Дури и меѓу земјите со висок приход постојат големи разлики. Истражување на 21 земја со висок приход од 2019/2020 година покажало: иако се ставени на Модел-листата на СЗО, само 11 од овие земји ги имале вклучено лековите за хепатитис Ц; само 8 земји вклучуваат лекови за откажување од алкохол, само 5 – лекови за откажување од цигари, а 16 земји имале лекови за откажување од опиоиди. Од 11 глобално повлечени лекови, 6 биле присутни во барем една од високоразвиените земји. Мора да се има предвид и дека високоразвиените земји не го користат секогаш концептот на есенцијални лекови во своите политики за лекови.⁵²

Есенцијалните лекови во македонскиот Закон за лековите и медицинските помагала се дефинирани како основни лекови наменети за лекување на најчестите болести на најголем дел од населението, а министерот за здравство донесува Листа на есенцијални лекови неопходни за спроведување на здравствената заштита, кои би требало да бидат достапни во државата.⁵³ Последна ревизија на националната Листа на есенцијални лекови е извршена во 2015 година. Таа содржи 332 лека (генерички имиња) со свои соодветни форми и јачини.⁵⁴ Еден дел од нив се идентични со лековите од Модел-листата на СЗО, дел од лековите од Модел-листата се исклучени, но додадени се и лекови кои не се на листата на СЗО. Според светската база на податоци на СЗО⁵⁵, степенот на компатибилност помеѓу македонската и Модел-листата на ЕЛ изнесува 55 %, но оваа бројка треба да се земе само како насока, поради тоа што оваа база за Македонија вклучува застарени податоци (земена е предвид Листата на есенцијални лекови од 2008 година).

51 <<https://www.who.int/bulletin/volumes/97/6/18-222448.pdf>>

52 Taglione MS, Persaud N. Assessing variation among the national essential medicines lists of 21 high-income countries: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2021.

53 Закон за лековите и медицинските помагала, член 2 и член 107.

54 Листа на есенцијални лекови, „Службен весник на РМ“ бр. 19 од 09.02.2015.

55 <<https://global.essentialmeds.org/dashboard/countries/121>>

Националната Листа на есенцијални лекови, во принцип, е во согласност со Позитивната листа на лекови, но содржи и лекови кои не се на Позитивната листа, а се достапни преку програма на Владата (пр. антиретровирусната терапија, вакцини), а и лекови кои се достапни во државата, но само доколку се купат со сопствени средства (пр. ivermectin). И обратно, Позитивната листа може да содржи и лекови кои не се на Есенцијалната листа на лекови. Во Поглавје 22 од Листата на есенцијални лекови се опфатени лековите за репродуктивно здравје и перинатална грижа. За разлика од Листата на есенцијални лекови препорачана од СЗО, која во истото поглавје содржи 25-30 препарати (голем дел од нив се препарати за контрацепција), националната Есенцијална листа содржи само 3 препарати, и тоа окситоцити и токолитици, а не содржи ниту еден контрацептивен препарат.

Покривање на широките за лекови

Кога се зборува за лекови, критериумите и процедурите кои земјите ги воспоставуваат при одлучувањето се најструктурирани.

Извештаите на СЗО и нејзиниот Колаборативен центар за Европа за формирање цени и политики за покривање на лекови (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information – PPRI)^{56 57} даваат преглед на политиките за покривање на лекови и формирање на цени во земјите на Европа и пошироко.

Според овие извештаи, најголем дел од европските земји одлучуваат врз основа на карактеристиките на специфичниот лек, по барање поднесено од носителот на решението за лекот до телото (комисија, комитет...) кое одлучува. Се применуваат ограничен број различни критериуми што го насочуваат носењето на одлуки за тоа кои лекови ќе бидат покриени. Основниот критериум секако е (додадената) терапевтска вредност на лекот и медицинската потреба/приоритет. Но, исто така, клучни критериуми поврзани со производот се и влијанието врз буџетот, како и трошковната ефективност, а во повеќе држави се зема предвид и критериумот „безбедност“. Има држави кои дополнително имаат и поспецифични критериуми, на пример, во Чешка битен е „јавниот интерес“, кој се дефинира како „интерес за обезбедување на квалитетот и достапноста на здравствените услуги, функционирањето на здравствениот систем и неговата стабилност во рамки на финансиските можности на државното здравствено осигурување“. Во Германија, која е една од ретките земји, заедно со Велика Британија, кои имаат „негативна листа на лекови“, не постојат критериуми за тоа кои лекови ќе бидат покриени, туку лековите се сметаат за покриени

56 Vogler Sabine, Zimmermann Nina, Haasis Manuel Alexander (2019): PPRI Report 2018 – Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in 47 PPRI network member countries. WHO Collaborating Centre for Pricing and Reimbursement Policies, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG / Austrian National Public Health Institute), Vienna. <https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/PPRI%20Report2018_2nd_edition_final.pdf>

57 WHO. 2018. Medicines Reimbursement Policies in Europe.

од државата веднаш штом ќе стапат во промет. Во Данска и Шведска, пак, одлуките за покривање од страна на државата се врз основа на тоа колку пари потрошил пациентот за лекови во одреден период од времето (се зголемува покривањето од страна на државата со зголемување на потрошените пари за лекови од страна на поединецот). Во Турција, Кипар и Ирска специфични популациски групи (пр. деца, пензионери, лица со ниски примања, невработени итн.) се подобни за да добијат бесплатни лекови или лекови со повисоко покривање од стандардното, додека други групи не се. Во Естонија, Летонија, Литванија и Малта подобноста и нивото на покривање на лековите се поврзува со болеста што се лекуваат. Често во иста земја, иако доминира еден специфичен пристап, се комбинираат неколку пристапи, особено кога во земјата освен задолжителното функционира и принципот на дополнително здравствено осигурување.

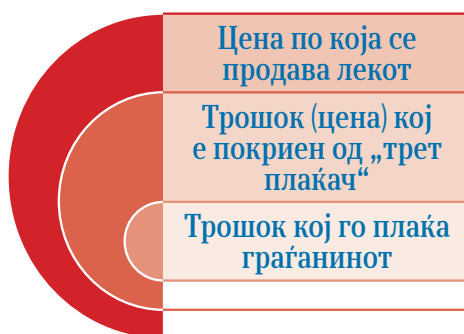
Во голем број земји критериумите што се применуваат за одлучување што ќе биде покриено, исто така важат и за одлучување на нивото (трошокот) до кое лекот ќе биде покриен (целосно или делумно).

Во врска со цените и трошокот за лекови, неопходно е да се разликуваат два основни поима:

- 1 **цената по која се продава лекот;**
- 2 **цената (трошокот) која е покриена од т.н. „трет плаќач“ – што претставува разлика помеѓу цената по која се продава лекот и трошокот што го плаќа граѓанинот.**

Слика 2:

Цени на лековите и споделување на трошокот



Одредувањето на цената по која се продава лекот може да се врши од страна на фармацевтската компанија или од страна на одредена државна институција (Министерство за здравство, Влада, социјално здравствено осигурување итн.). Во првиот случај зборуваме за слободно формирање на цени по кои се продаваат лековите (т.н. слободен фармацевтски пазар), а во вториот случај зборуваме за контролирање на цените на лековите (т.н. контролиран фармацевтски пазар). Во најголемиот дел од европските земји се применуваат контроли врз цените на лековите, но опсегот на

лекови за кои се применуваат контролирани цени е различен – може да е само за лекови што се издаваат на рецепт во аптека, само за лекови што се покриени од здравственото осигурување, или, пак, за сите лекови освен за оние што се издаваат без рецепт.

Трошокот за одредени лекови е споделен помеѓу граѓанинот и „државата“. Државата учествува со одреден процент во трошокот (цената) на одредени лекови, а средствата за тоа се спроведуваат или преку фондовите (заводи итн.) за здравственото осигурување, или преку одредена државна институција, најчесто Министерството за здравство. Овие институции се т.н. „трет плаќач“ или „финансиски посредник“.

Сосијална во Македонија

Основата за одлучувањето што ќе биде покриено од државниот буџет во Македонија потекнува, од една страна, од Законот за здравствено осигурување (член 9) и од Правилникот за правата од здравственото осигурување⁵⁸, а од друга страна, од здравствените програми на Владата и она што е вклучено во нив. Во нашата земја се применува комбинација од неколку пристапи во одлучувањето што ќе биде покриено од државата:

- ➔ одлуки поврзани со специфичностите на популациската група која е покриена – возраст, заболување, социо-економски статус итн. (пр. бесплатна здравствена заштита за бремени жени..., бесплатни лекови на рецепт од Позитивната листа за деца со посебни потреби...);
- ➔ критериуми поврзани со здравствената услуга/интервенција, односно заболувањето – медицинска оправданост, финансиски аспекти, достапност... (пр. Позитивната листа на лекови, хемодијализа, бесплатна болничка здравствена заштита за КОВИД...);
- ➔ пристапот до здравствена услуга (пр. покриеност на услугите во примарното здравство, итна помош);
- ➔ стратешки определби на државата (пр. ин витро оплодување, програми за скрининг за рак...).

Сепак, одредбите што се наведени во член 9 во ЗЗО се премногу сеопфатни и неконкретни. Во време кога здравствените технологии стануваат сè поскапи, а издвојувањето на државата за здравство е едно од најниските во Европа, притисокот на здравствените потреби врз буџетот станува сè поголем.

58 Правилник за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување. <<https://fzo.org.mk/sodrzhina-i-nachin-na-ostvaruvane-na-pravata-i-obvrskite-od-zadolzhitelното-zdravstveno-0>>

Спецификите на конкретните здравствени услуги, кои ќе бидат покриени во рамките на глобалните одредби од ЗЗО, не се дефинирани со ништо друго освен со премисата „**медицина базирана врз докази**“. Имено, ЗЗО дефинира дека „Фондот договара обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица со здравствените установи, според нормативи и стандарди базирани врз усвоена медицинска доктрина и медицина базирана врз докази за ефикасна и рационална здравствена заштита“⁵⁹. И во Законот за здравствена заштита е дефинирано дека здравствената дејност во здравствените установи од страна на здравствените работници и здравствените соработници задолжително се врши во согласност со стручни упатства за медицина заснована врз докази кои, во согласност со современата светска медицинска практика, ги утврдува министерот за здравство.⁶⁰

Земајќи ги предвид „моќта“ и влијанието дадени во здравствениот систем на концептот наречен „медицина базирана врз докази“, може да се заклучи дека методите, процедурите и надлежностите за носење на документите кои се дел од тој систем се исклучително слабо регулирани и се на ниво на насоки за добра пракса, а не правила за постапување, кои треба да резултираат со дефинирање на одредени права на граѓаните и на мерки кои може да се преземат доколку тие права не бидат остварени. На ниво на носење политики, на пример, ова остава простор за „слободна интерпретација“ и одлучување за она што ќе биде покриено од државата. Така, Фондот нема донесено официјални критериуми за вклучување на здравствени услуги/медицински помагала во ценовникот според кој се плаќа, а и критериумите за одлучување што ќе биде вклучено во најголем дел од здравствените програми на Владата не се официјално дефинирани.

Во Македонија **методологијата за НТА** не е институционализирана и не е започнато со развивање на капацитети за нејзина систематска примена. Во регулативите за одлучување за тоа кои услуги ќе бидат покриени од страна на здравственото осигурување не се вклучени вакви систематски проценки, ниту како „облигаторни“ ниту како „советодавни“. Единствено, во одредена базична форма, проценка на трошковната ефикасност е вклучена како критериум за ставање, односно бришење на лек од Листата на лекови на товар на ФЗОМ, иако до денес ова не е ставено во пракса. Во Националната стратегија за спречување на корупцијата и судирот на интереси 2021 – 2025, како мерка во доменот Здравство е вклучено зајакнување на капацитетите на Фондот за здравствено осигурување за планирање, аналитика и здравствена економика со посебен осврт на методологијата за Проценка на здравствени технологии (НТА).⁶¹

59 Член 54 од Законот за здравственото осигурување.

60 Член 27 од Законот за здравствената заштита.

61 <<https://dksk.mk/wp-content/uploads/2021/01/Nacionalna-strategija-DKSK-KONECNA.pdf>>

Кога зборуваме за **лекови**, ситуацијата е малку поразлична во доменот на правната регулатива. Имено, во согласност со измените во ЗЗО кои стапија на сила во јануари 2020 година, критериумите за одлучување кој лек ќе биде ставен на Позитивната листа треба да се предвидени со Правилник, кој го носи министерот за здравство, а според кој работи Комисијата за Позитивна листа. Комисијата е составена од 9 члена, назначени од министерот. Таа е одговорна за разгледување на барањата за ставање лек на Позитивната листа, или за одредена измена на условите под кои тој е ставен на Листата. Членовите на Комисијата одлучуваат по претходно добиено мислење од стручниот колегиум на соодветната универзитетска клиника во чијашто област спаѓа терапевтската индикација на лекот во согласност со меѓународната АТС-класификација на лекови. Предлогот по барањето на Комисијата го усвојува или одбива Управниот одбор на Фондот, со Одлука што ја потпишува министерот.

До декември 2019 година, начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот беа утврдени со Уредба што ја донесува Владата на предлог на Министерството за здравство. По барањата, во согласност со Законот, требаше да одлучуваат 14 комисии (секоја составена од различна специјалност на лекарите во зависност од видот на лекот) со по 17 члена. Измените од 2020 година, всушност, беа со цел да се олесни бирократската рамка за носење на Листата на лекови, а да се задржи примената на дефинирани критериуми. Според старата Уредба за методологијата, имаше три дефинирани критериуми: 1. фармакотерапевтските показатели за неопходноста од примената на одреден лек во лекувањето, 2. фармакоекономските показатели што ја потврдуваат економската оправданост на лекот, односно анализа на трошок – корист (ефективност), и 3. формираната цена на лекот на големо. Исто така, беше предвидено дека освен лекови регистрирани во Македонија, во Листата може да бидат вклучени и лекови кои не се регистрирани, а се од витално значење и се неопходни во терапевтски, превентивни или дијагностички цели. Во Позитивната листа, освен што се дефинира кои лекови се вклучени по генеричко име и на кое ниво на здравствена заштита се употребуваат, во одлучувањето за секој лек може да се назначат и ограничувања во поглед на целна група според возраст или други карактеристики на популацијата, индикациско подрачје, степенот на изразеност на болеста, односно стадиум на болеста, временско и/или количинско ограничување на пропишување на лекови, начинот на пропишување на лекот по препораки од лекар суп/специјалист од соодветна специјалност или од конзилиум на лекари, итн. Во согласност со старата Уредба, барање за ставање на лек на Листата може да поднесе носителот на регистрациското решение, самата комисија, како и институциите (Министерството за здравство, Агенцијата за лекови и Фондот).

Во моментот состојбата е таква што сè уште не е донесен Правилник за Позитивна листа, во согласност со измените на Законот од 2020 г. и не е формирана Комисија. Друг битен факт е што во последните 12 години на

Позитивната листа се ставени само два нови лека (лекот со генеричко име imatinib во мај 2011 г. и clopidogrel во октомври 2014 година).

Сепак, ова не значи дека во Македонија не се применуваат нови модерни лекови. Тие се финансираат применувајќи два механизма: буџетот за програмите на Владата, кои ги раководи Министерството за здравство, и буџетот на Фондот, по пат на директна согласност од Министерството и Фондот за употреба на одредени лекови за конкретни пациенти, кои се лекуваат во некоја од универзитетските клиники (механизам на „согласности“).

Слика 3:
Механизми на покривање на трошоците за лекови од страна на државата



Обезбедувањето на лекови кои се на Позитивната листа, преку системите и принципите на функционирање на здравственото осигурување, нуди еднаква достапност на лекот за сите осигуреници со одредена здравствена состојба. Дури и во случај кога во здравствената установа лекот не е достапен, механизмот на рефундации обезбедува поврат на средствата доколку осигуреникот го набави лекот со сопствени средства (рефундација). Овој заштитен механизам не е обезбеден за лековите кои се обезбедуваат преку здравствените владини програми (лековите за ретки болести, за ХИВ итн.).

Продажните цени на лековите во Македонија се контролирани за лековите кои се издаваат на рецепт во аптека и за лековите кои се издаваат во здравствена установа. Цените по кои лековите се продаваат ги формира Министерството за здравство, преку споредбена методологија со продажните цени на истите лекови во 5 други земји од регионот (Србија, Хрватска, Бугарија, Словенија и Грција).⁶²

Референтна цена на лековите кои се на Позитивната листа е, всушност, цената што ја покрива Фондот за здравствено осигурување, односно споделениот дел од трошокот за лекот. Таа се одредува преку постапките за

62 <<https://malmed.gov.mk/методологија-за-хумани-лекови/>>

одредување на референтни цени на лекови, што подразбира специфична методологија (различна од методологијата за продажните цени) на споредба со референтните цени на истиот лек во 4 референтни земји од регионот (Србија, Словенија, Хрватска и Бугарија).⁶³ Уделот на Фондот во трошокот (цената) за лековите од Позитивната листа е различен за секој лек и не е одреден според медицинската вредност што тој лек ја има за пациентот. Разликата помеѓу продажната цена на лекот и референтната цена е, всушност, **доплатата** што ја плаќа пациентот. Освен доплатата, пациентите плаќаат и одреден износ, кој се нарекува **„партиципација“**, и кој се пресметува скалесто во зависност од висината на референтната цена. Скалата за лековите што се подигаат на рецепт се движи од 0 денари до максимум 600 денари партиципација.⁶⁴

Но за да оствари пациентот право на „споделување на трошоците“ за лек со Фондот за здравствено осигурување, не е доволно само лекот да се наоѓа на Позитивната листа. Неопходни се неколку други предуслови: пациентот да е осигурен во Фондот, рецептот да е уредно пропишан на специфичен рецепт од страна на матичниот (избран) лекар итн.

За лековите, пак, кои се покриени преку програмите на Владата, односно преку Министерството за здравство, трошокот е покриен во целост и граѓаните не плаќаат. Овие лекови се издаваат во јавните здравствени установи, кои се надлежни да ги третираат специфичните болести/состојби за кои се наменети.

63 <<https://fzo.org.mk/referentni-ceni-lekovi>>

64 Одлука за висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите. <<https://fzo.org.mk/odluka-za-visina-na-uchestvoto-na-osigurenite-lica-vo-vkupnite-troshoci-na-zdravstvenite-uslugi-i-0>>

ПРИСТАП ДО ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ЗА ПЛАНИРАЊЕ НА СЕМЕЈСТВОТО И МОДЕРНИ КОНТРАЦЕПТИВНИ СРЕДСТВА



Состојба и политики и во Европскиот Регион

Во јуни 2020 година Парламентарното собрание на **Советот на Европа** донесе **Резолуција 2331**: Јакнење на жените, промоција на пристапот до контрацепција во Европа.⁶⁵ Во неа, освен заклучоците за постоење на културни и општествени пречки, стереотипи, предрасуди и морални норми, несоодветна едуцираност и информираност, се истакнува и следново:

- ➔ Пристапот до модерна контрацепција е клучен за јакнење на жените, со тоа што ги зголемува нивната независност и моќ за носење одлуки, индивидуално или во рамките на семејството, им овозможува поефикасно да го планираат вработувањето и професионалниот развој и води кон подобрен баланс меѓу приватниот и професионалниот живот.
- ➔ Пристапот до контрацепција не е гарантиран еднакво за сите жени. Согледани се географски нееднаквости помеѓу и во рамки на земјите членки на Советот на Европа, со повеќе тешкотии во руралните и оддалечените места.
- ➔ Финансиски и економски бариери го попречуваат пристапот до контрацепција, а тоа е посебна пречка за младите и лицата со ниски примања, во услови кога земјите не овозможуваат покривање на трошоците за контрацепција.
- ➔ Ранливите и маргинализирани групи, вклучувајќи ги лезбијките и бисексуалните жени, како и трансродови лица, мигранти, лица со попреченост и етнички и лингвистички малцинства, се посебно изложени на финансиски и културни пречки во пристапот до контрацепција, што повикува на посебно внимание и мерки.

65 PACE – Resolution 2331 (2020) – Empowering women: promoting access to contraception in Europe (coe.int).

Како резултат на овие ставови, Собранието, меѓу другото, ги повикува земјите членки и набљудувачи на Советот на Европа:

- ➔ Сите видови на модерна контрацепција, вклучувајќи ги и долгоделувачката реверзибилна контрацепција и итната контрацепција без рецепт, да бидат пристапни и достапни за сите, без разлика на пол, социјален, национален или кој било друг статус, за лицата кои живеат во рурални и оддалечени места, за маргинализирани и ранливи групи. Модерната контрацепција треба да биде придружена со издржани совети и информации. Одговорноста, колку што е можно, треба да биде споделена меѓу мажите и жените.
- ➔ Да обезбедат пристапност на контрацептивните методи со тоа што ќе ги вклучат во националните пакети за здравствено осигурување со соодветно ниво на покриеност.
- ➔ Да развијат посебно поволни начини за покривање на контрацепцијата за младите, лицата со ниски приходи и ранливите групи, заради надминување на економските бариери што се причина за нееднаквиот пристап до контрацепција, и тие механизми да бидат редовно ревидирани заради осигурување на нивната ефективност.
- ➔ Да обезбедат достапност на доверливо, индивидуално советување, за сите кои бараат контрацепција, заради нивно соодветно информирање за методот што најмногу им одговара; да обезбедат задолжителна обука за контрацепција во рамки на курикулумите; да развијат водичи за медицина базирана врз докази за даватели на здравствени услуги, врз основа на стандардите поставени од СЗО.

Европскиот парламент на 24 јуни 2021 година донесе **Резолуција** за ситуацијата со сексуалното и репродуктивно здравје и права во ЕУ, поврзано со женското здравје. Во неа се признава нееднаквата достапност на модерните методи на контрацепција меѓу земјите членки, попречениот пристап поради практични, финансиски, општествени и културни бариери, вклучувајќи ги и митовите околу контрацепцијата, застарените ставови поврзани со женската сексуалност и контрацепцијата, како и стереотипните перцепции дека жените се единствените одговорни за контрацепцијата. Се истакнува длабока загриженост дека пристапот за жени или девојки со попреченост е оспорен.

Со оваа Резолуција се повикуваат земјите членки да обезбедат универзален пристап и покривање на различни висококвалитетни контрацептивни методи и средства за сите кои се во репродуктивна возраст. Се повикуваат властите да ги земат предвид сите пречки за пристапот, финансиски и општествени, и да обезбедат достапност на советувањето за семејно планирање и на медицинските совети од страна на здравствените профе-

сионалци. Со тоа би се овозможило секој да го избере методот на контрацепција кој е најсоодветен, со што ќе се осигури фундаменталното право на здравје и личен избор. Земјите членки и јавните служби се одговорни да обезбедат прецизни информации за контрацепцијата, базирани врз докази, и да воспостават стратегии за справување и рушење на бариерите, митовите, стигмата, програми и кампањи за подигање на свесноста за различните достапни методи и најдобриот личен избор. Земјите членки се обврзуваат да обезбедат итна контрацепција без рецепт, во согласност со стандардите на СЗО, што често се одбива во одредени земји од страна на докторите, поради лични верувања.⁶⁶

Европскиот парламентарен форум за сексуални и репродуктивни права изготвува *Европски атлас на контрацепција*, мапа која од 2017 година на годишно ниво го прикажува пристапот до модерна контрацепција во 46 земји во географска Европа. Последните информации се од 2022 година и се осврнуваат на владините политики за:

- 1 пристап до средства за контрацепција,
- 2 советување за семејно планирање,
- 3 информации достапни онлајн.

Општ заклучок е дека сликата низ Европа и понатаму е многу нерамномерна.

Клучните наоди дадени во Атласот се следниве⁶⁷:

- ➔ Политиките кои влијаат врз изборот и пристапот до контрацепција не ги следат тековите на научните достигнувања во полето на контрацепцијата и дигиталната ера. Ова придонесува за висока стапка на несакани бремености, при што околу 43 % од бременостите во Европа се сметаат за непланирани.
- ➔ Само ограничен број земји во Европа (Франција, Белгија и Обединетото Кралство предничат) нудат одличен пакет на контрацептивни методи, кој се покрива од државата; 28 земји нудат многу мал или никаков избор на методи за контрацепција.
- ➔ Во многу земји пакетите се застарени и не вклучуваат понови, поефективни форми на контрацепција, како што е долгоделувачката реверзибилна контрацепција (спирала или импланти). Таа е најефективна опција, затоа што не зависи од редовната примена на корисникот, а исто така е и трошковно најефективна.

66 European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women's health (2020/2215(INI)) (OJ C, C/81, 18.02.2022, стр. 43, CELEX. <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021IP0314>>

67 <786209755_EPF_Contraception-in-Europe_Executive-Summary_cc01 (epfweb.org)>

- ➔ Во многу земји, владите не обезбедуваат онлајн извори на информации за контрацептивите. Ова е минимален трошок за нив, а може да направи огромна разлика кај индивидуата. Само 11 земји во Европа имаат многу добра или одлична веб-страница, поддржана од Владата.
- ➔ 19 земји (41 %) покриваат контрацептивни средства од националните здравствени системи (или осигурувања) и приближно исто толку вклучуваат долгоделувачки реверзибилни контрацептиви; 13 земји (28 %) покриваат контрацептивни средства за млади лица (до 19 или 25 години); 41 земја покриваат советување и 18 земји (39 %) имаат владини веб-страни.
- ➔ Овие предизвици создале „двобрзински“ систем низ Европа. Од една страна, преваленцата на употреба на модерна контрацепција во просек е 73 % во Северна Европа и 69 % во Западна Европа. Од друга страна, овој индикатор изнесува 30 % во земјите од Јужен Кавказ, а 17 % во Западен Балкан, што е еквивалентно на преваленца на употреба на модерна контрацепција во земјите со низок приход.

Во **Прилог 2** е прикажана скалата на рангирање (во %) на сите вклучени земји во Атласот, земајќи ги предвид трите сегменти: пристап до средства за контрацепција, пристап до советување и достапност на онлајн информации.

Истражувањето на СЗО со кое се направи преглед на услугите што се покриени од државите членки (т.н. „пакет на здравствени услуги“, англ. Health benefits package) на глобално ниво ги дели здравствените услуги на 5 големи групи: 1) заразни болести, 2) незаразни болести, 3) раст, развој и стареење, 4) **сексуално и репродуктивно здравје**, 5) останато. Покриеноста со контрацепција е еден од петте сегменти во групата за сексуално и репродуктивно здравје, заедно со грижа поврзана со абортус, сексуално здравје, родово базирано насилство и женско обрежување. Интервенциите вклучени и истражувани во сегментот контрацепција се групирани на следниов начин:

- 1) **Бариерни методи, како кондоми и дијафрагма;**
- 2) **Семејно планирање/контрацепција со примена на краткоделувачки хормонални методи, вклучувајќи и инјекции;**
- 3) **Семејно планирање/контрацепција со примена на долгоделувачки хормонални методи, вклучувајќи спирала и импланти;**
- 4) **Трајна контрацепција (доброволна женска стерилизација или вазектомија);**
- 5) **Итна контрацепција (кој било метод).**

Пристап до итна (ургентна) контрацепција

Во последно време во меѓународните политики за сексуално и репродуктивно здравје и права сè повеќе се дава значење на пристапот до **итна (или ургентна) контрацепција – ИК**.

ИК е позната уште и како посткоитална контрацепција и се однесува на контрацептивен метод што го користат жените за спречување на бременост непосредно по незаштитен сексуален однос. Пристапот до ИК се смета за суштински за обезбедување на репродуктивните права на жената. Моментално има 4 типа итна контрацепција:

- ➔ Таблети само со levonorgestrel (LNG ECPs),
- ➔ Таблети кои содржат ulipristal acetate (UPA ECPs),
- ➔ Таблети за ИК кои содржат mifepristone,
- ➔ Бакарна спирала ставена до 5 дена по односот.

Дополнително, во услови кога нема достапна ИК, таблети за орална контрацепција кои содржат progestin и estrogen може да се користат како ИК, и тоа е наречено режим Јузпе (Yuzpe).

ИК е безбеден метод, кој може да го намали ризикот од бременост за 75-99 проценти, во зависност од методот. Најефикасен метод е бакарната спирала.

Во 2012 година е основан **Европскиот конзорциум за ургентна контрацепција**, мрежа на европски организации и поединци кои работат на истражувања, давање услуги и застапување во рамки на поширокиот пристап за сексуално и репродуктивно здравје и права. Конзорциумот е формиран како реакција на утврдениот невоедначен пристап до ИК во Европскиот Регион и недостигот на хармонизиран пристап во политиките за ИК базиран врз докази.⁶⁸

Според објавени податоци од Европскиот конзорциум, во Европа постојат различни политики за пристап и покривање на ИК. Ова влијае врз легалниот статус на ИК генерално, врз типот на ИК, кој е достапен и врз начинот како може да биде подигнат. Во земјите од Југоисточниот Регион ИК, главно, не е покриена, со одредени исклучоци – на пример, во Романија е покриена во ургентни состојби во координација со МВР; во Португалија итната контрацепција со levonorgestrel се издава бесплатно во центри за семејно планирање; во Шпанија е достапна бесплатно преку јавниот сектор, а делумно е покриена во аптеки доколку е пропишана на рецепт; во Холандија, во зависност од висината на придонесот за осигурувањето, може да е покриена, но само доколку е пропишана на рецепт; во Норвешка и во Шведска е достапна бесплатно за млади преку младински здравствени центри и за ранливи популации (пр. жртви на сексуален напад); во Обединетото Кралство таблетите се достапни бесплатно во клиници за семејно планирање, а во повеќе делови од земјата и преку аптеки.

68 Who We Are – ECEC (ec-ec.org).

Состојба во регионот

Балканскиот Регион, во основа, е оценет како регион со исклучително ниско ниво на употреба на модерни контрацептивни средства, со исклучок на Словенија и делумно на Хрватска.

Во продолжение следува преглед на состојбата со пристап до услуги и продукти за контрацепција во земјите од регионот – Србија, Бугарија, Хрватска, Словенија и Албанија. Извори на податоците за пристап се Европскиот атлас на контрацепција од 2022, Европскиот конзорциум за ИК, стандардизирани истражувања какви што се Мултииндикаторското кластерско истражување и Демографското и здравствено истражување, јавно објавените позитивни листи на лекови на здравствените осигурувања, податоците од Популациониот оддел на Обединетите нации⁶⁹ и др.

Србија

Преваленцата на употреба на модерна контрацепција во Србија изнесува 18,4 %⁷⁰.

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Србија има ранг од 59,8 %, што значи дека постои **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем (осигурување), но на пониско ниво од просекот во Европа. Не постојат посебни поволности за помлади лица (до 19 или 25 години), ниту, пак, за ранливата популација (невработени лица, лица со низок приход итн.). Здравствениот систем не покрива ниту еден долгоделувачки контрацептив.

Во поглед на **советувањето**, покриеноста е оценета како слична на просечната, без неопходност од добиена согласност од родител или трета страна; легалниот статус (државјанство, брачна состојба) не е оценет како пречка.

Итната контрацепција е легална и достапна, но не е покриена од здравственото осигурување. За ИК со levonorgestrel не е неопходен рецепт и чини околу 8,8 евра. За ИК со ulipristal е потребен рецепт и чини околу 24 евра.

Хормонската контрацепција е достапна и без рецепт.

На **Позитивната листа** (покриени од здравственото осигурување) во Србија се вклучени 4 орални контрацептивни средства со различен состав, кои чинат помеѓу 214 и 927 динари (од 1,8 евра до 8 евра), покриени од Фондот во различен процент (од 75 % до 90 %). Трошоците за нив се покриваат доколку се пропишани врз основа на мислење од специјалист

69 <<https://population.un.org/dataportal/home>>

70 Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. *Serbia Multiple Indicator Cluster Survey and Serbia Roma Settlements Multiple Indicator Cluster Survey, 2014. Final Reports*. Belgrade, Serbia: 2014.

гинеколог или ендокринолог. Во **Прилог 3** е даден детален преглед на лековите што се вклучени на Позитивната листа во Србија.⁷¹

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, но тие не се поддржани од Владата и се оценети со просечен квалитет.

Бугарија

Преваленцата на употреба на модерна контрацепција во Бугарија во 2012 година била 39,6 %.⁷²

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Бугарија има ранг од 55,6 %, при што е проценето дека постои **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем (осигурување), но на пониско ниво од просекот во Европа. Не постојат посебни поволности за помлади лица (до 19 или 25 години), но има поволности за други ранливи популации (невработени лица, лица со низок приход итн.). Здравствениот систем не покрива ниту еден долгоделувачки контрацептив.

Во поглед на **советувањето**, покриеноста е оценета како слична на просечната, но индиректно е неопходна согласност од родител или трета страна; легалниот статус (државјанство, брачна состојба) не е оценет како пречка.

Итната контрацепција е легална и достапна, но не е покриена од здравственото осигурување. Таблетите со levonorgestrel чинат околу 15 евра и се достапни без рецепт за лица над 16 години, додека за помладите е потребен рецепт. Таблетите со ulipristal чинат околу 22 евра и се достапни без рецепт за сите возрасти.

Хормонската контрацепција е достапна и без рецепт, но тоа не е легално.

Во бугарската **Позитивна листа** на лекови не е вклучен ниту препарат за орална хормонска контрацепција.

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, кои се поддржани од Владата, но тие се оценети со недоволен квалитет.

Хрватска

Преваленцата на употреба на модерна контрацепција во Хрватска е околу 45 %.

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Хрватска има ранг од 47,3 %, при што е проценето дека постои **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем

71 <<http://rfzo.rs/index.php/osiguranalica/lekovi-info/lekovi-actual>>

72 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 2012*. New York, 2012.

(осигурување), но на пониско ниво од просекот. Не постојат посебни поволности за помлади лица (до 19 или 25 години), ниту, пак, за ранливата популација (невработени лица, лица со низок приход итн.). Здравствениот систем не покрива ниту еден долгоделувачки контрацептив.

Во поглед на **советувањето**, покриеноста е оценета како слична на просечната, без неопходност од согласност од родител или трета страна; легалниот статус (државјанство, брачна состојба) не е оценет како пречка. Во 2019 г. забележани се 99.318 посети со цел планирање на семејството и/или пропишување на некое од контрацептивните средства, што е за 10,2 % повеќе во однос на претходната година (90.140).⁷³

Итната контрацепција е легална и достапна, но не е покриена од здравственото осигурување. Од октомври 2015 година барем еден бренд на ИК која содржи levonorgestrel може да се купи без рецепт во аптеките од страна на лица постари од 16 години. Тој чини 21,4 евра. Во согласност со препораките на Европската агенција за лекови (ЕМА) од јануари 2015 година, ИК која содржи ulipristal може да се купи директно од аптеките, а рецепт не е повеќе потребен. Овој лек чини 25,6 евра.

Хормонската контрацепција не е достапна без рецепт.

На **Позитивната листа** (покриени од здравственото осигурување) во Хрватска се вклучени орални контрацептивни средства со различен состав – 6 различни генерички комбинации, 10 различни јачини, односно 25 производи од различни производители. Тие во аптека чинат помеѓу 26 и 162 куни (од 3,4 до 21,4 евра), но само мал дел од овој трошок е покриен од здравственото осигурување (помеѓу 2,5 % и 16 %). Во **Прилог 4** е даден детален преглед на лековите што се вклучени во Позитивната листа во Хрватска.⁷⁴

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, кои се поддржани од Владата, но тие се оценети со слаб квалитет.

Словенија

Преваленцата на употреба на модерна контрацепција во Словенија во 2012 година била 63,2 %.⁷⁵

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Словенија има ранг од 70,4 %, при што е проценето дека постои **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем (осигурување) на повисоко ниво од просекот. Постојат посебни поволности за помлади лица (до 25 години), исто и за ранливата популација

⁷³ Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2020. HRVATSKI ZDRAVSTVENO-STATISTIČKI LJETOPIS ZA 2019. GODINU. Zagreb. <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/12/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf>

⁷⁴ <<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/lijekovi/objavljene-liste-lijekova>>

⁷⁵ United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 2012*. New York, 2012.

(невработени лица, лица со низок приход итн.). Здравствениот систем покрива и долгоделувачки контрацептиви.

Во поглед на **советувањето**, покриеноста е оценета како слична на просечната, без неопходност од согласност од родител или трета страна; легалниот статус (државјанство, брачна состојба) не е оценет како пречка.

Итната контрацепција е легална и достапна, но не е покриена од здравственото осигурување. Таблетите со levonorgestrel чинат околу 15 евра, достапни се без рецепт за лица над 16 години, а за помладите е потребен рецепт. Таблетите со ulipristal чинат околу 24 евра и од 2015 година се достапни без рецепт за сите возрасти.

Хормонската контрацепција е достапна и без рецепт.

На **Позитивната листа** (покриени од здравственото осигурување) во Словенија се вклучени орални контрацептивни средства со различен состав – 8 различни генерички комбинации, 10 различни јачини, односно 20 производи од различни производители. Тие во аптека чинат помеѓу 2,6 и 18 евра. Најголем дел од трошокот е покриен од здравственото осигурување (за секоја комбинација има барем еден лек кој е покриен со повеќе од 95 %). На Листата во Словенија се вклучени и спирала и вагинален прстен, со скоро целосна покриеност на трошоците, но со ограничување во пропишувањето. Во **Прилог 5** е даден детален преглед на лековите што се вклучени во Позитивната листа во Словенија.⁷⁶

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, кои се поддржани од Владата, но тие се оценети со слаб квалитет.

Албанија

Преваленцата на употреба на модерна контрацепција во 2008 – 2009 година во Албанија била 11 %.⁷⁷

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Албанија има ранг од 68,1 %, при што е проценето дека постои добра **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем (осигурување). Постојат и посебни поволности за помлади лица (до 19 или 25 години), како и за ранливата популација (невработени лица, лица со низок приход итн.). Здравствениот систем покрива и долгоделувачки контрацептивни средства.

Во поглед на **советувањето**, покриеноста е оценета како супериорна во однос на просечната, без неопходност од согласност од родител или трета страна; легалниот статус (државјанство, брачна состојба) не е оценет како пречка.

⁷⁶ <<http://www.cbz.si/>>

⁷⁷ Albania Demographic and Health Survey 2008-09. Retrieved 20 June 2013. <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>>

Итната контрацепција е легална и достапна без рецепт во аптеките, но не е покриена од здравственото осигурување. Таблетите со levonorgestrel чинат околу 4,5 евра, а таблетите со ulipristal чинат околу 15,6 евра.

Хормонската контрацепција е достапна само со рецепт.

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, но тие не се поддржани од Владата и се оценети со слаб квалитет.

Состојба во Македонија

Преваленцата на употреба на модерна контрацепција кај жени кои се мажени или во брак е 14 %.

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Македонија има ранг од 53,3 %, а од неа пониско рангирани се Полска, Словачка, Чешка, Русија, Црна Гора, БиХ, Хрватска, Малта, Кипар, Грција, Грузија, Белорусија.

Во поглед на **советувањето за семејно планирање**, во Законот за здравствена заштита тоа не е препознаено како посебна специфична област, но здравствените услуги за сексуално и репродуктивно здравје се секако во дефинираниот опфат на примарната здравствена заштита. Сепак, Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување во основните здравствени услуги кај избраниот лекар, кои тој е должен да му ги дава на осигуреното лице, покрај другото, вклучува и превентивни мерки за „заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата“ (член 28).⁷⁸ Притоа, со правилникот нема ограничување дека овие услуги се даваат само кај избрани лекари од областа гинекологија. Не е неопходна согласност од родител или трета страна; а Европскиот атлас на контрацепција не го оценува легалниот статус (државјанство, брачна состојба) како бариера. На следниов графикон се прикажани податоци за реализирани совети за планирање на семејството во примарната здравствена заштита и ординирани контрацептивни средства, во согласност со податоците што ги објавува Заводот за мајки и деца, како интегрирани годишни информации.

Табела 1:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Совети за планирање на семејството	11.047	8.019	5.858	4.610	10.112	7.084	8.790	9.377	12.208	11.304	3.645
Ординирани контрацептивни средства	8.668	4.402	3.912	4.348	3.446	3.641	5.482	5.645	8.954	8.923	1.246

⁷⁸ Правилник за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување. <<https://fzo.org.mk/sodrzhina-i-nachin-na-ostvaruvane-na-pravata-i-obvrskite-od-zadolzhitelното-zdravstveno-0>>

Графикон 2:



Во последните 10 години, заклучно со 2019 година, во ординациите на матичните лекари (главно гинеколози) пријавено е дека се реализирани помеѓу 4.610 во 2013 г. и 12.208 во 2018 г. Сепак, дури и ако се земе највисоката бројка од 2018 година, може да се каже дека тоа е исклучително низок процент од вкупната популација, што може да се заклучи со споредба, на пример, со Хрватска (4-5 пати понизок).

Во текот на 2020/2021 година за првпат беше изготвено сеопфатно **Национално упатство за семејно планирање**, наменето за сите нивоа на здравствена заштита, вклучувајќи и посебни аспекти применливи за избраните лекари во ПЗЗ. Националното упатство е и дел од планот за реформи во примарната здравствена заштита, со кој се планира посебно стимулирање на избраните гинеколози за давање услуги поврзани со семејното планирање. Упатството сè уште не е потпишано од министерот за здравство.

Во Македонија нема ниту едно модерно средство за контрацепција на **Позитивната листа**. Достапни во земјата во аптеките се лекови со 4 различни генерички комбинации, 6 различни јачини и 7 производи од различни производители, но за сите жените треба да платат полна сума. Износот се движи од 165 до 827 денари. Достапни се и интраутерин инсерт (спирала) со хормони (Mirena, околу 6.800 денари), како и долгоделувачки контрацептив во форма на инјекција (Depo-Provera, 270 денари), како и орална комбинација која може да се користи и како итна контрацепција (Diane-35, околу 260 денари), односно тоа е т.н. Јузпе метод. Во поглед на итната контрацепција, регистрирани се 3 препарати со активна супстанција levonorgestrel, од кои достапен во аптеките е само еден (Norlevo, околу 500 денари за 1 таблета), и еден препарат со активна супстанција

ulipristal, кој не е достапен во аптеките. Оралната итна контрацепција е регистрирана да се издава без лекарски рецепт.⁷⁹

Од 2018 година, преку Владината **Програма** за мајки и деца, се обезбедува бесплатна модерна контрацепција (орална контрацепција, спирали и кондоми) за околу 150 жени од социјално ранливи категории и жени со повторливи абортуси. Дистрибуцијата на овие средства се одвива преку Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, општите и клиничките болници и Специјалната болница за гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“, односно преку здравствени установи од секундарно и терциерно ниво. Со тоа не може да се каже дека целта на овој начин на обезбедување е да се осигури општа пристапност до модерна контрацепција, туку само до ограничена група на жени од ранливи категории. Но во последните години оваа ставка во Програмата се намалува, па така за 2021 и 2022 достапна е контрацепција преку овој механизам за околу 50 жени годишно.⁸⁰

Во двата младински центра за сексуално и репродуктивно здравје на граѓанската организација ХЕРА во Скопје, исто така е достапна бесплатна модерна контрацепција – итна контрацепција, таблети, спирала и кондоми. Корисници се млади лица до 24 години, лица од клучни популации (сексуални работнички и лица кои инјектираат дроги), маргинализиранни групи (лица без здравствено осигурување, жени и девојки од рурални средини и Ромки). Годишно, во просек преку овој механизам се обезбедува контрацепција за 500-600 жени.

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, но тие не се поддржани од Владата и во Европскиот атлас на контрацепција се оценети со слаб квалитет.

79 <<https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/overview>>

80 <<http://zdravstvo.gov.mk/programi/>>

ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ



Меѓународна перспектива

Универзалниот пристап до здравствени услуги за семејно планирање и модерни средства за контрацепција бил и останува посебен предизвик. За разлика од останатиот сегмент од здравствените услуги и технологии – каде европските земји предничат во обезбедување на пристап, главно благодарение на воспоставените високоразвиени системи на социјално здравствено осигурување со строго дефинирани процедури и методологии на одлучување што ќе биде покриено од државата – за сегментот на пристап до модерна контрацепција тоа не може универзално да се тврди. Имено, меѓународната заедница врз основа на принципите на човековите права, но и врз основа на научни докази, уште од втората половина на минатиот век е јасна во своите насоки дека универзалниот пристап до модерни средства за контрацепција е еден од клучните сегменти за одржлив развој. Но и по повеќе од 40 години од CEDAW и по 30 години од ICPD, на континентот кој исклучително ангажирано се залага за човековите права, Советот на Европа и ЕУ признаваат дека пристапот до контрацепција не е гарантиран еднакво за сите жени во Европа. Утврдени се географски нееднаквости меѓу и во рамки на земјите членки. Пристапот до контрацепција го попречуваат финансиски и економски бариери, а тоа е посебна пречка за младите и за лицата со ниски примања, во услови кога земјите не овозможуваат покривање на трошоците за неа. Општествените и културните пречки се исто така значајни, особено за ранливите и маргинализирани групи. Се признава дека сè уште мошне присутни се митовите за контрацепцијата, застарените ставови поврзани со женската сексуалност и контрацепцијата, како и стереотипните мислења дека единствено жените се одговорни за контрацепцијата.

Еден од клучните трендови што придонесуваат за подобро разбирање на проблемите, водени главно од СЗО и европските институции, е мерењето на степенот на постигнување во одредени сегменти во општеството и здравјето. Започнувајќи со истражувањата DHS во 80-тите, MICS во 90-тите и неколку други слични истражувања со стандардизирани методологии, овој процес е интензивираан со потребата да се следи остварувањето на Милениумските развојни цели. Со текот на времето овој процес е во постојан развој и за сегменти кои се релативно тешки за следење и квантифицирање, како, на пример, универзалната покриеност со здравствена

заштита, како една од клучните заложби за обезбедување одржлив развој, или мерењето на пристапот до услуги за семејно планирање и средства за контрацепција.

Европскиот парламентарен форум за сексуални и репродуктивни права изготвува *Европски атлас на контрацепција*, мапа која на годишно ниво, започнувајќи од 2017 година, го прикажува пристапот до модерна контрацепција во 46 земји во географска Европа. Ова има огромно значење поради можноста да се следи напредокот на различните земји, како резултат на релативно конзистентната употребена методологија и редовноста на објавување на извештаите. Исклучително значајно за оваа методологија е што таа не опфаќа само пристап до средства за контрацепција, туку и до сегментите на советување од страна на здравствен работник, како и онлајн информирање на општата јавност, како тријада која е неопходна за обезбедување на стабилен и одржлив тренд на пристап.

Општ заклучок, според најновите податоци од 2022 година, е дека сликата низ Европа и понатаму е многу нерамномерна. Политиките што влијаат врз изборот и пристапот до контрацепција не ги следат тековите на научните достигнувања во областа на контрацепцијата и дигиталната ера. Ова придонесува за висока стапка на несакани бремености, при што околу 43 % од бременостите во Европа се сметаат за непланирани. Индексот, кој е развиен во рамки на методологијата на Атласот, кажува дека дел од земјите имаат нагорен тренд, додека еден дел стагнираат или, пак, уназадуваат. Во многу земји владите не обезбедуваат онлајн извори на информации за контрацептивите, што е минимален трошок за нив, а може да направи огромна разлика кај поединците. Во многу земји пакетите се застарени и не вклучуваат понови, поефективни форми на контрацепција, како што е долгоделувачката реверзибилна контрацепција (спирали или импланти), како (трошковно) најефективна опција, затоа што не зависи од редовната примена на корисникот. Сите овие предизвици создале „двобрзински“ систем низ Европа, кој се илустрира со податоците за преваленцата на употреба на модерна контрацепција, која во просек изнесува 73 % во Северна Европа, 69 % во Западна Европа, но 30 % во земјите од Јужен Кавказ и 17 % во Западен Балкан, што е еквивалентно на преваленцата на употреба на модерна контрацепција во земјите со низок приход.

Во Балканскиот Регион, генерално, ситуацијата е многу полоша од Западна и Северна Европа, освен во Словенија, каде владините политики за пристап до контрацептивни средства, советување за семејно планирање и онлајн информираност во последните 6 години се оценети како многу добри. Сепак, во последните 3-4 години во одредени земји е забележан значителен напредок, како што е евидентирано за Словенија, Бугарија и Албанија, во Хрватска е забележана стагнација и уназадување, додека во Србија и Косово има умерен напредок. Од референтните земји се заклучува дека единствено во Словенија покривањето на контрацептивните средства од страна на државните буџети за здравство се доближува до политиките поставени во рамките на ЕУ и Советот на Европа.

Македонија – состојба

Стратегијата за сексуално и репродуктивно здравје 2011 – 2020 година беше една од најсеопфатните усвоени стратегии од областа на здравството, со сериозно обработени тематски области во сите неопходни сегменти. Во доменот на планирање на семејството беа предвидени мерки и активности кои покажуваа исклучително ниво на посветеност и знаење. Предвидено беше развивање протоколи и стандарди за контрацепција базирани врз докази, проширување на Позитивната листа на лекови со барем три контрацептивни средства, едукација на матичните лекари и патронажната служба, обезбедување на „итна контрацепција“ за ранливите и социјално загрозени групи во ПЗЗ, подобрување на пристапот до бесплатни кондоми и орална контрацепција за адолесценти и млади итн. Една од главните поставени цели беше до 2020 година 40 % од жените во репродуктивен период (15-49 години) да користат модерна контрацепција – пораст од 9,8 % во 2007 г., односно од 12,8 % во 2011 г. Иако не е направена официјална анализа на влијанието на оваа Стратегија врз здравјето и општеството, сепак, две години по завршувањето на нејзината важност може да се заклучи дека во доменот на семејното планирање најголем дел од целите не беа постигнати. Преваленцата на употреба на модерни методи на контрацепција во 2018 г. е 14 % (во текот на претходните седум години умерено е зголемена од 12,8 %), а процентот на жени кои својата потреба од методи за семејно планирање ја задоволуваат со модерни методи е намален од 24,3 % во 2011 г. на 19,9 % во 2018 г. Последниов индикатор е исклучително битен, затоа што е дел од индикаторската рамка на Целите за одржлив развој.

Индексот за Македонија, со кој е изразена **„Потребата за семејно планирање, задоволена со модерни методи“** во рамки на матриксот на 14 компоненти на генералниот национален „Индекс на универзална здравствена покриеност“, е оценет со **25**, при што во светски рамки полош индекс од ова имаат само Албанија, Јужен Судан, Сомалија и Чад.

Една од пречките за постигнување повисок степен на употреба на модерна контрацепција се финансиите. За да користат некое од достапните модерни контрацептивни средства, жените и/или нивните партнери мора да го платат со полна сума, што претставува посебна бариера за младите и за лицата со понизок социо-економски статус. Имено, во Македонија ниту едно контрацептивно средство не е на Позитивната листа на лекови кои се покриени од Фондот, а преку Програмите на Владата се обезбедува орална контрацепција, спирали или кондоми само за исклучително ограничен број жени од социјално ранливи категории и за жени со повторливи абортуси (за 150 жени во 2018 година, а за околу 50 жени во 2020 и 2021 година), дистрибуирани преку здравствени установи од секундарно и терциерно ниво.

Позитивната листа на лекови, во која може да се опфатат и други средства што имаат хормонска компонента, е механизам кој во најголем дел од

земјите во Европа одредува што ќе биде покриено од државните здравствени буџети. Обезбедувањето лекови кои се на Позитивната листа, преку системите и принципите на функционирање на здравственото осигурување, обезбедува еднаква достапност на лекот за сите осигуреници. Воспоставувањето критериуми и дефинирани процеси за одлучување за тоа кои здравствени услуги/лекови ќе бидат покриени од државата и до кој степен (т.н. пакет на здравствени услуги) е еден од клучните сегменти не само за постигнување поголема ефикасност на здравствените системи туку и за обезбедување еднаквост во пристапот до услугите/лековите, како и за борба против корупцијата. Принципитите на „медицина базирана врз докази“, „проценка на здравствени технологии“, „есенцијална листа на лекови“ се дел од алатките и методологиите кои, преку зголемување на објективноста и транспарентноста, им помагаат на државите во одлучувањето кои здравствени технологии, лекови, интервенции и услуги ќе бидат поддржани од страна на ограничените здравствени буџети, со цел да се задоволат приоритетните потреби на населението. Потребата за вакви структурирани процеси и методологии е дополнително нагласена од фактот што здравствените технологии, вклучително и лековите, стануваат сè поскапи, диспропорционално со достапните здравствени буџети во земјите.

Во Македонија критериумите и методологиите за проценка на потребата за вклучување на одредена услуга во рамки на државниот буџет се исклучително слабо регулирани. Од друга страна, регулативата и процедурите за одлучување за покривање на лекови и нивно вклучување на Позитивната листа, иако дефинирани, не се применуваат. Ова резултира со состојба во која сè уште не е донесен Правилник за Позитивна листа, во согласност со измените на Законот за здравственото осигурување од 2020 г., и не е формирана Комисија. Друг битен факт е што во последните 12 години на Позитивната листа се ставени само два нови лека, а во меѓувреме цените на новите лекови кои се појавуваат на светскиот пазар станаа исклучително високи. Исто така, државата има ограничени капацитети во поглед на регулатива и експертиза за примена на софистицираните методологии за проценка на лековите, посебно на економските аспекти од нивната примена, а таквите студии се исклучително скапи.

Друг ограничувачки фактор за достапноста на лековите се и методологиите за формирање цени. Доколку знаеме дека за лековите, кои се покриени преку Програмите на Владата, односно преку Министерството за здравство, трошокот е покриен во целост и граѓаните не плаќаат, мора да се предвиди фактот дека Фондот учествува само со еден дел во трошокот за лековите од Позитивната листа. Исто така, вредноста што лекот ја има за пациентот нема влијание врз нивото до кое Фондот го споделува трошокот наспроти доплатата од страна на корисникот. Така, утврдено е дека Македонија во 2014 година имала проценет удел од 36,7 % на приватните плаќања од џеб на семејствата, како процент од вкупниот трошок за здравството, додека просекот во Европскиот Регион на СЗО бил 26,64 %, а

во ЕУ – 16,67 %.^{81,82} Во 2018 г. овој индикатор за Македонија бележи пораст до 42 %. Утврдено е дека приватните плаќања во најголема мера се вршат за лековите што ги издаваат аптеките. Ова укажува на тоа дека дури и да се стави контрацептив на Позитивната листа на лекови кои се покриени од Фондот, не значи дека трошокот за него ќе биде покриен во доволна мера за да обезбеди негова достапност, посебно за младите лица, кои обично се невработени, или за лицата од социјално ранливите категории. Ваков е примерот во Хрватска, каде само 2,5-16 % од трошокот за хормонска контрацепција од Позитивната листа е покриен од државата.

Евидентен и исклучително значаен е проблемот на (не)покривање на трошокот за контрацептивни средства наменети за општа достапност, од државниот буџет во Македонија. Сепак, евентуалното решение на тој проблем не значи дека ќе се обезбеди универзална достапност и употреба на модерни контрацептивни средства во согласност со потребите на корисниците. Пример за ова е обезбедувањето на здравствените услуги во доменот на советување за семејно планирање. Имено, здравствените услуги за сексуално и репродуктивно здравје се во дефинираниот опфат на примарната здравствена заштита, а во основните здравствени услуги кај избраниот лекар, кои тој е должен да му ги дава на осигуреното лице, покрај другото се вклучени и превентивни мерки за „заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата“, при што нема ограничување дека овие услуги се даваат само кај избрани лекари од областа гинекологија. Не е неопходна согласност од родител или трета страна, а сите прегледи дадени кај избраниот лекар се бесплатни. Ова укажува на релативно добро регулирана универзална пристапност за советувањето за семејно планирање/контрацепција. Сепак, показателите за број на совети за планирање на семејството дадени на примарно ниво на здравствена заштита, посебно кај адолесцентната популација, не даваат слика која укажува на можност за приближување до националните и меѓународно поставени стратешки определби. Највисоката регистрирана бројка на дадени совети во последните 10 години (12.208 во 2018 г.) е 4-5 пати пониска во однос на Хрватска, земајќи ја предвид пропорционалноста во големината на население. Оваа слика дополнително е влошена со ковид-пандемијата.

Зборувајќи за советувањето и прегледите за семејно планирање, мора да се истакне фактот дека во 2020/2021 година за првпат беше изготвено сеопфатно Национално упатство за семејно планирање, наменето за сите нивоа на здравствена заштита, вклучувајќи и посебни аспекти применливи за избраните лекари во ПЗЗ. Националното упатство е и дел од планот за реформи во примарната здравствена заштита, со кои се планира посебно стимулирање на избраните гинеколози за давање услуги поврзани со семејното планирање. Упатството сè уште не е потпишано од министерот за здравство.

81 <https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_29-out-of-pocket-expenditures/visualizations/#id=17097&tab=table>

82 OECD, European Commission. 2018. Health at a glance: Europe 2018, стр. 143.

Што понатаму?

Обезбедувањето пристап до средства и услуги за семејно планирање, како дел од глобалните напори за обезбедување на универзална покриеност со здравствена заштита, е задача што бара постојаност и истрајност во напорите, дури и во најразвиените земји. Мерењето на постигнувањето во овој сегмент, земајќи предвид повеќе меѓусебно зависни критериуми, овозможува следење на тоа дали постигнувањата одат во нагорна линија, и соодветно изготвување политики.

Иако во Македонија нема важечка пишана стратегија, која систематски ќе го опфати семејното планирање како дел од пристапот до услуги за сексуално и репродуктивно здравје, сепак, тоа е дел од стратешките документи, кои се основа за евроинтегративните процеси – Програмата за економски реформи, во која е вклучена Реформата во ПЗЗ како структурна реформа во здравството, и во инструментот ИПА III. Од друга страна, во Националната стратегија за спречување на корупцијата и судирот на интереси 2021 – 2025, во доменот Здравство се вклучени повеќе мерки, кои значат објективност и транспарентност во носењето одлуки за тоа што ќе биде покриено од државата, како и мерки за зајакнување на капацитетите за планирање, аналитика и здравствена економика.

Неопходно е граѓанскиот сектор во земјата поактивно и редовно да се вклучува во следењето и алармирањето за остварувањата по основа на овие стратешки определби, паралелно со оценките кои како земја ги добиваме од европските институции. Неопходно е да се покаже тренд на подобрување во одредени дефинирани индикатори, во согласност со европските трендови и заложби, и тој да биде јасно и транспарентно комунициран со сите засегнати страни.

За обезбедување пристап до конкретни модерни методи на контрацепција, треба да се земат предвид повеќе механизми, пред сè, Програмите на Владата и механизмите на здравственото осигурување, кои треба да бидат приспособени на спецификите на различните целни групи, посебно водејќи сметка за младите и ранливите популации. Треба да се внимава на рамноправноста во пристапот до услуги за семејно планирање во различни географски региони. Во напорите за обезбедување на модерни средства за контрацепција треба да се земат предвид и научните докази за трошковно ефективните карактеристики на средствата, како и нивната ефикасност, па така треба да се земат предвид и методите како што е долгоделувачката реверзибилна контрацепција (пр. спирала). Треба да се истакнат позитивните достигнувања на ова поле и да се следи нивното влијание врз здравјето и општеството, со помош на локално развиени методологии. Неопходни се онлајн алатки со објективни и научно докажани информации за контрацепцијата, кои ќе бидат постојано промовирани. Во овој сегмент неопходна е поддршка од владините здравствени и научни институции, а граѓанските организации може да дадат исклучителен придонес.

П Р И Л О Г

1

Преглед на развојните цели во доменот на репродуктивното здравје и универзалната покриеност со здравствена заштита, како и споредба на вредностите на овие индикатори во Македонија во 2011 и 2018 година

ОПШТА ЦЕЛ	СПЕЦИФИЧНА ЦЕЛ (ТАРГЕТ)	ИНДИКАТОР	МИКС индикатор 2018 (2011)	Вредност МИКС 2011	Вредност МИКС 2018
<i>Милениумски развојни цели (MDG's) 2000 – 2015</i>					
Цел 5: Подобрување на мајчиното здравје (2 таргети)	Таргет 5.А: Намалување за три четвртини, помеѓу 1990 и 2015, на матерналната смртност	5.1. Матернална смртност			
		5.2. Сооднос на раѓања извршени со стручна помош	ТМ.9 (5.7)		
	Таргет 5.В: Постигнување, до 2015, универзален пристап до репродуктивно здравје	5.3. Преваленца на контрацепција*	ТМ.3 (5.3)	40.2	59.9
		<i>Кој било модерен мейџог</i>		12.8	14
		<i>Кој било традиционален мейџог</i>		27.4	45.6
		5.4. Стапка на раѓања кај адолесценти	ТМ.1 (5.1)		
	5.5. Опфат на предродилна здравствена заштита (барем една посета и барем четири посети)	5.5a и 5.5b			
5.6. Незадоволена потреба за семејно планирање (контрацепција)**	5.4	12.1	10.3		

ОПШТА ЦЕЛ	СПЕЦИФИЧНА ЦЕЛ (ТАРГЕТ)	ИНДИКАТОР	МИКС индикатор 2018 (2011)	Вредност МИКС 2011	Вредност МИКС 2018
Цели за одржлив развој (ЦОП, SDG's) 2015 – 2030					
Цел 3. Да се обезбеди здрав живот и да се промовира општата благосостојба за сите возрасти (9 таргети)	Таргет 3.7: До 2030 година да се обезбеди универзален пристап до услугите за полово и репродуктивно здравје, вклучително и за планирање на семејството, информирањето и едукацијата, како и да се интегрира репродуктивното здравје во националните стратегии и програми	3.7.1. Процент на жени во репродуктивна возраст (помеѓу 15 и 49 години), чија потреба за семејно планирање е задоволена со модерни методи	ТМ.3	24.3***	19.9
		3.7.2. Стапка на раѓања кај адолесценти (10-14 години; 15-19 години) на 1.000 жени во таа возрасна група			
	Таргет 3.8: Да се постигне универзална здравствена покриеност, вклучувајќи и заштита од финансиски ризик, пристап до квалитетни основни здравствени услуги и пристап до безбедни, ефективни, квалитетни и достапни основни лекови и вакцини за сите	3.8.1. Покриеност со есенцијални здравствени услуги	ТМ.4		68****
		3.8.2. Процент од населението, каде семејството има големи трошоци за здравство, како сооднос од вкупните трошоци на семејството или приходот			

*Процент на жени на возраст од 15 до 49 години, мажени или во врска, кои употребуваат (или чиј партнер употребува) контрацептивен метод (модерен или традиционален).

**Процент на жени на возраст од 15 до 49 години, мажени или во врска, и кои се плодни, но кои сакаат да го одложат следното раѓање (на поголемо временско растојание) или кои сакаат да престанат да раѓаат деца (ограничување), а кои не користат некаков метод на контрацепција.

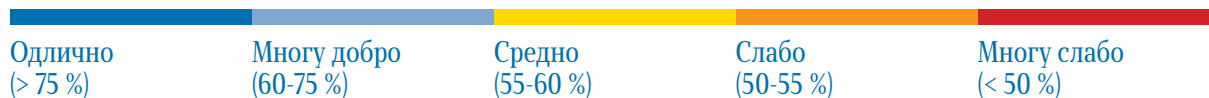
***Оваа вредност не беше прикажана во МИКС 2011, но е пресметана заради споредба на трендот со податокот од МИКС 2018.

**** Индекс на покриеност со здравствени услуги (вредноста е за 2019 година), изразен на скала од 0 до 100, изведен како просек од 14 под-индикатори за покриеност со есенцијални здравствени услуги, организирани во 4 компоненти: 1. репродуктивно здравје, здравје на мајките, новороденчињата и децата; 2. инфективни болести; 3. не-заразни болести и 4. капацитет и пристап до здравствени услуги. Сите се следат кај општата популација, но и кај популациите во најголем ризик. Секој од 14-те под-индикатори исто така се изразува како индекс на скала од 0-100.

П Р И Л О Г



Рангирање (во %) на сите вклучени земји во Европскиот атлас на контрацепција (просекот во Европа е 58,17 %)



	9 ЗЕМЈИ	10 ЗЕМЈИ	10 ЗЕМЈИ	7 ЗЕМЈИ	10 ЗЕМЈИ
ЗЕМЈИ	Белгија	Исланд	Србија	Азербејџан	Словачка
	Франција	Норвешка	Италија	Ерменија	Малта
	Обединето Кралство	Словенија	Украина	Романија	Грција
	Луксембург	Шпанија	Швајцарија	Северна Македонија	Хрватска
	Шведска	Молдавија	Турција	Грузија	Белорусија
	Естонија	Албанија	Летонија	Чешка	Босна и Херцеговина
	Холандија	Ирска	Литванија	Кипар	Унгарија
	Португалија	Финска	Бугарија		Црна Гора
	Германија	Данска	Андора		Русија
		Австрија	Косово		Полска (< 35 %)

П Р И Л О Г

3

 Контрацептивни средства вклучени
на Позитивната листа во СРБИЈА

ATC	INN	Заштитено име, облик и пакување	Производител	Цена на големо за пакување	ДДД	Цена на лекот на големо со ДДД	Партици- пација	Индикации	Напомена
G03AA07	levonorgestrel, etinilestradiol	LEGRAVAN film tableta blister, 1 po 21 (0,15 mg + 0,03 mg)	Galenika a.d. Republika Srbija	214.1	0,75 tabl.	765	50 din.	Hormonska kontra- cepција (Z30).	Lek se uvodi u terapiju na osnovu mišljenja ginekologa ili endokri- nologa.
G03AA10	gestoden, etinilestradiol	LINDYNETTE 20, obložena tableta, blister, 1 po 21 (75 mcg + 20 mcg)	Gedeon Richter PLC, Madarska	386.30	0,75 tabl.	13.80	75 %	Hormonska kontra- cepција (Z30).	Lek se uvodi u terapiju na osnovu mišljenja ginekologa ili endokri- nologa.
G03AA12	drospirenon, etinilestradiol	DAYLETTE, film tableta, blister, 28 po (3 mg + 0,02 mg) (24 + 4 placebo)	Gedeon Richter PLC, Madarska	536.30	1 tableta	19.15	80 %	Hormonska kontra- cepција (Z30).	Lek se uvodi u terapiju na osnovu mišljenja ginekologa ili endokri- nologa.
G03AA15	hormadinon, etinilestradiol	BELARA, film tableta, blister, 21 po (2mg + 0.03mg)	Gedeon Richter PLC, Madarska	926.60	0.75 tableta	33.09	90 %	Hormonska kontra- cepција (Z30).	Lek se uvodi u terapiju na osnovu mišljenja ginekologa ili endokri- nologa.

П Р И Л О Г

4

Контрацептивни средства вклучени на Позитивната листа во ХРВАТСКА

ATK šifra	Nezaštićeno ime lijeka	Nositelj odobrenja	Proizvodac	Zaštićeno ime lijeka	Oblik, jačina i pakiranje lijeka	Cijena u kn za orig. pakir.	Cijena u kn za orig. pakir. s PDV-om	Cijena u kn za orig. pak. koju plaća Zavod	Cijena u kn za orig. pak. koju plaća Zavod s PDV-om	Doplata u kn za orig. pak. s PDV-om	Doplata u kn za orig. pak.
G03AA07 141	etinilestradiol + levonorgestrel	Mibe Pharmaceuticals d.o.o.	mibe GmbH Arzneimittel	Adexa	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+0,15 mg)	25.03	26.28	2.35	2.47	23.81	22.68
G03AA07 142	etinilestradiol + levonorgestrel	Mibe Pharmaceuticals d.o.o.	mibe GmbH Arzneimittel	Adexa	tbl. film obl. 63x(0,03 mg+0,15 mg)	74.97	78.72	6.93	7.28	71.44	68.04
G03AA07 161	etinilestradiol + levonorgestrel	Zentiva k.s.	Teva Operations Poland Sp. z o.o., Teva Pharmaceutical Europe BV	Seasonique	tbl. film obl. 84x0,03 mg/0,15 mg + 7x0,01 mg	154.56	162.29	6.93	7.28	155.01	147.63
G03AA10 101	gestoden + etinilestradiol	PLIVA HRVATSKA d.o.o.	Pliva Hrvatska d.o.o.	Naelia	tbl. film obl. 24x(0,06 mg+0,015 mg)+4xplacebo	26.12	27.43	4.24	4.45	22.97	21.88
G03AA10 161	gestoden + etinilestradiol	Gedeon Richter Plc.	Gedeon Richter Plc.	Lindynette 20	tbl. obl. 21x(75 mcg+20 mcg)	29.03	30.48	4.24	4.45	26.03	24.79
G03AA10 162	gestoden + etinilestradiol	Gedeon Richter Plc.	Gedeon Richter Plc.	Lindynette 30	tbl. obl. 21x(75 mcg+30 mcg)	35.49	37.26	4.24	4.45	32.81	31.25
G03AA10 165	gestoden + etinilestradiol	Bayer d.o.o.	Delpharm Lille S.A.S., Bayer AG	Logest	tbl. obl. 21x(0,075 mg gestoden+0,02 mg etinilestradiol)	30.03	31.53	4.24	4.45	27.08	25.79
G03AA12 101	etinilestradiol + drospirenon	Zentiva k.s.	Pliva Hrvatska d.o.o.	Softine	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+3 mg)	59.72	62.71	4.24	4.45	58.25	55.48
G03AA12 102	etinilestradiol + drospirenon	Zentiva k.s.	Pliva Hrvatska d.o.o.	Softinelle P	tbl. film obl. 24x(0,02 mg+3 mg)+4xplacebo	59.72	62.71	4.24	4.45	58.25	55.48

ATK sifra	Nezaštićeno ime lijeka	Nositelj odobrenja	Proizvodac	Zaštićeno ime lijeka	Oblik, jačina i pakiranje lijeka	Cijena u kn za orig. pakir. s PDV-om	Cijena u kn za orig. pak. koju plaća Zavod s PDV-om	Cijena u kn za orig. pak. koju plaća Zavod s PDV-om	Doplata u kn za orig. pak. s PDV-om
G03AA12 I21	etimilestradiol + drospirenol	Sandoz d.o.o.	Sandoz-Leon Farma	Rosanne	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+3 mg)	66,08	4,24	4,45	61,84
G03AA12 I22	etimilestradiol + drospirenol	Sandoz d.o.o.	Sandoz-Leon Farma	Rosanelle	tbl. film obl. 21x(0,02 mg+3 mg)+7xplacebo	60,34	4,24	4,45	56,1
G03AA12 I31	etimilestradiol + drospirenol	Jadran - Galenski Laboratorij d.d.	JGL d.d., Laboratorios Leon Farma S.A.	Adrienne	tbl. film obl. 72x(0,02 mg +3 mg) + 12xplacebo	132,68	6,93	7,28	125,75
G03AA12 I66	etimilestradiol + drospirenol	Bayer d.o.o.	Bayer AG	Yaz	tbl. film obl. 24x(0,02 mg +3 mg) + 4xplacebo	60,56	4,24	4,45	56,32
G03AA12 I67	etimilestradiol + drospirenol	Bayer d.o.o.	Bayer AG	Yasmin	tbl. film obl. 21x(0,03 mg +3 mg)	66,08	4,24	4,45	61,84
G03AA12 I71	etimilestradiol + drospirenol	Gedeon Richter Plc.	Gedeon Richter Plc.	Daylla	tbl. film obl. 21x(0,02 mg+3 mg)+7xplacebo	53,5	4,24	4,45	49,26
G03AA12 I72	etimilestradiol + drospirenol	Gedeon Richter Plc.	Gedeon Richter Plc.	Midiana	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+3 mg)+7xplacebo	53,5	4,24	4,45	49,26
G03AA12 I81	etimilestradiol + drospirenol	Milbe Pharmaceuticals d.o.o.	milbe GmbH Arzneimittel	Drospifem M	tbl. film obl. 24x(0,02 mg+3 mg)+4xplacebo	48,15	3,82	4,01	44,33

▶
▶
▶

ATK šifra	Nezastičeno ime lijeka	Nositelj odobrenja	Proizvodac	Zastičeno ime lijeka	Oblik, jačina i pakiranje lijeka	Cijena u kn za orig. pakir.	Cijena u kn za orig. pakir. s PDV-om	Cijena u kn za orig. pak. koju plaća Zavod s PDV-om	Doplata u kn za orig. pak.	Doplata u kn za orig. pak. s PDV-om
G03AA12 191	etimilestradiol + drospirenon	Gedeon Richter Plc.	Gedeon Richter Plc.	Daylette	tbl. film obl. 24x(0,02 mg+3 mg)+4xplacebo	45.74	48.03	3.82	4.01	44.02
G03AA12 192	etimilestradiol + drospirenon	Alkaloid-INT d.o.o.	Alkaloid - INT d.o.o.	Cricea	tbl. film obl. 24x(0,02 mg+3 mg)+4xplacebo	43.44	45.61	3.82	4.01	41.6
G03AA12 193	etimilestradiol + drospirenon	Alkaloid-INT d.o.o.	Alkaloid - INT d.o.o.	Crypineo	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+3 mg)	50.83	53.37	4.24	4.45	48.92
G03AA14 101	nomegestrolacetat + estradiol	Theramex Ireland Limited	Teva Operations Poland	Zoely	tbl. film obl. 24x(2,5 mg+1,5 mg)+4xplacebo	79.08	83.03	1.99	2.09	80.94
G03AA15 161	etimilestradiol + klormadinon	Gedeon Richter Plc.	Grünenthal GmbH, Gedeon Richter Plc.	Belara	tbl. obl. 21x(0,03 mg +2 mg)	64	67.2	4.24	4.45	62.75
G03AA15 171	etimilestradiol + klormadinon	Milbe Pharmaceuticals d.o.o.	mibe GmbH Arzneimittel	Estal	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+2 mg)	44.8	47.04	2.97	3.12	43.92
G03AA16 101	etimilestradiol + dienogest	PLIVA HRVATSKA d.o.o.	Pliva Hrvatska d.o.o.	Claxi	tbl. film obl. 21x(0,03 mg + 2 mg)	49.46	51.93	2.21	2.32	49.61
G03AA16 201	etimilestradiol + dienogest	Milbe Pharmaceuticals d.o.o.	mibe GmbH Arzneimittel	Donella	tbl. film obl. 21x(0,03 mg+2 mg)	34.62	36.35	1.55	1.63	34.72

П Р И Л О Г

5








Контрацептивни средства vključeni na Позитivната листа во СЛОВЕНИЈА

Ureajo:  **Republika Slovenija**
Ministrstvo za zdravje  **Javna agencija za zdravila**
in medicinske pripomočke  **Zavod za zdravstveno**
zavarovanje Slovenije  **Nacionalni inštitut**
za javno zdravje Pomoč

Seznam zdravil - kriterijem iskanja ustreza 20 zapisov.

Novo iskanje podatkov

* Informativno doplačilo je razlika med ceno zdravila, vključenega v seznam medsebojno zamenljivih zdravil ali seznam terapevtskih skupin zdravil, in njegovo najvišjo priznano vrednostjo; dodan je DDV. Zaradi pogostih sprememb cen zdravil in zalog v lekarnah je doplačilo za posamezno zdravilo lahko drugačno od prikazanega.

Poimenovanje zdravila	Pravni status	NPV	Nacionalna šifra
Pakiranje	Imetnik dovoljenja		
ATC	Farmacevtska oblika	Informativno	
Režim	Regulirana cena brez DDV	doplačilo*	MZZ
Previd.ukrep	Dogovorjena cena brez DDV		
Razvrstitev			
▼ Belara 0,03 mg/2 mg filmsko obložene tablet škatla z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA15 klormadinon in etinilestradiol Rp P100	Zdravilo z dovoljenjem za promet Gedeon Richter Plc. filmsko obložena tableta	-	077470  ATD+UI Navodilo SmPC
▼ Cerazette 75 mikrogramov filmsko obložene t škatla s 84 tabletami (3 x 28 tablet v pretisnem omotu) G03AC09 dezogestrel Rp PC100	Zdravilo z dovoljenjem za promet N. V. Organon, Oss filmsko obložena tableta	14,28€	028070  ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
▼ Cerazette 75 mikrogramov filmsko obložene t škatla z 28 tabletami (1 x 28 tablet v pretisnem omotu) G03AC09 dezogestrel Rp PC100	Zdravilo z dovoljenjem za promet N. V. Organon, Oss filmsko obložena tableta	4,76€	027979  ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
▼ Cerelle 0,075 mg filmsko obložene tablete škatla z 28 tabletami (1 x 28 tablet v pretisnem omotu) G03AC09 dezogestrel Rp PC100	Zdravilo z dovoljenjem za promet Gedeon Richter Plc. filmsko obložena tableta	4,76€	147579  ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
▼ Crypinoe 3 mg/0,03 mg filmsko obložene tabl škatla s 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA12 drospirenon in etinilestradiol Rp PC100	Zdravilo z dovoljenjem za promet ALKALOID - INT d.o.o. filmsko obložena tableta	4,23€	149883  ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
▼ Daylette 3 mg/0,02 mg filmsko obložene tabl škatla z 28 tabletami (1 x 28 tablet v pretisnem omotu: 24 b G03AA12 drospirenon in etinilestradiol Rp PC100	Zdravilo z dovoljenjem za promet Gedeon Richter Plc. filmsko obložena tableta	4,62€	133809  ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
▼ Daylla 3 mg/0,02 mg filmsko obložene tablet škatla z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA12 drospirenon in etinilestradiol Rp PC100	Zdravilo z dovoljenjem za promet Gedeon Richter Plc. filmsko obložena tableta	4,45€	133841  ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV			

▶▶▶


<p>✓EVRA 203 mikrogramov/24 ur + 33,9 mikrogram škatla s 3 obliži G03AA13 norelgestromin in etinilestradiol Rp P100*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Gedeon Richter Plc. transdermalni obliž</p>	8,64€	-	-	-	014575	ATD+UI
<p>✗Harmonet 75 mikrogramov/20 mikrogramov oblo škatla z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA10 gestoden in etinilestradiol Rp P100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Pfizer Europe MA EEIG obložena tableta</p>	3,65€	-	-	da	020117	ATD+UI Navodilo SmPC
<p>✓LINDYNETTE 0,075 mg/0,02 mg obložene tablet škatla z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA10 gestoden in etinilestradiol Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Chemical Works of Gedeon Richter Ltd. obložena tableta</p>	3,65€	-	2,40€	-	080853	ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV							
<p>✓LINDYNETTE 0,075 mg/0,03 mg obložene tablet škatla z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA10 gestoden in etinilestradiol Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Chemical Works of Gedeon Richter Ltd. obložena tableta</p>	4,13€	-	2,88€	-	081027	ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV							
<p>✓Logest 0,02 mg/0,075 mg obložene tablete škatla z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu) G03AA10 gestoden in etinilestradiol Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet BAYER d.o.o. obložena tableta</p>	5,13€	-	2,40€	0,04€	008516	ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV							
<p>✓MINULET 75 mikrogramov/30 mikrogramov oblož škatla z 21 tabletami (aluminijasta vreča s sušilnim sredstv G03AA10 gestoden in etinilestradiol Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Pfizer Europe MA EEIG obložena tableta</p>	4,27€	-	2,88€	0,61€	076740	ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV							
<p>✓Pynrip 3 mg/0,02 mg filmsko obložene tablet škatla s 28 tabletami (1 x 28 tablet v pretisnem omotu: 24 r G03AA12 drospirenon in etinilestradiol Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet ALKALOID - INT d.o.o. filmsko obložena tableta</p>	4,78€	-	4,62€	-	149882	ATD+UI Navodilo SmPC
Vsa zdravila v MZZ z NPV							
<p>✓Qlaira filmsko obložene tablete kartonast ovitek z 28 tabletami (2 temno rumeni tableti, 5 s G03AB08 dienogest in estradiol Rp P100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet BAYER d.o.o. filmsko obložena tableta</p>	9,39€	-	-	-	048640	ATD+UI Navodilo SmPC
<p>✓Sibilla 2 mg/0,03 mg filmsko obložene table škatla z 28 tabletami (1 x 28 tablet v pretisnem omotu: 21 b G03AA16 dienogest in etinilestradiol Rp P100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Gedeon Richter Plc. filmsko obložena tableta</p>	6,41€	-	-	-	146637	ATD+UI Navodilo SmPC
<p>✓Stediril-m 150 mikrogramov/30 mikrogramov o škatla z 21 tabletami (aluminijasta vreča s sušilnim sredstv G03AA07 levonorgestrel in etinilestradiol Rp P100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet Pfizer Europe MA EEIG obložena tableta</p>	2,60€	-	-	-	032581	ATD+UI Navodilo SmPC



PRISTAP DO SREDSTVA ZA KONTRACENCIJA I ZDRAVSTVENI USLUGI ZA SEMEJNO PLANIRANJE

<p>✓ Yarina 0,03 mg/3 mg filmsko obložene tablet</p> <p>škatala z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu)</p> <p>G03AA12 drospirenon in etinilestradiol</p> <p>Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>BAYER d.o.o.</p> <p>filmsko obložena tableta</p> <p>11,23€ - -</p>	<p>4,23€</p>	<p>019194</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
<p>✓ Yasminelle 0,02 mg/3 mg filmsko obložene ta</p> <p>škatala z 21 tabletami (1 x 21 tablet v pretisnem omotu)</p> <p>G03AA12 drospirenon in etinilestradiol</p> <p>Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>BAYER d.o.o.</p> <p>filmsko obložena tableta</p> <p>11,23€ - -</p>	<p>4,45€</p>	<p>001481</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
Vsa zdravila v MZZ z NPV			
<p>✓ YAZ 0,02 mg/3 mg filmsko obložene tablete</p> <p>škatala z 28 tabletami (1 x 28 tablet)</p> <p>G03AA12 drospirenon in etinilestradiol</p> <p>Rp PC100</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>BAYER d.o.o.</p> <p>filmsko obložena tableta</p> <p>10,53€ - -</p>	<p>4,62€</p>	<p>029505</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
Vsa zdravila v MZZ z NPV			

Urejšajo:  Republika Slovenija
Ministrstvo za zdravje

 JAZMP
Javna agencija za zdravila
in medicinske pripomočke

 Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

 NIJZ
Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Pomoč

Seznam zdravil - kriterijem iskanja ustreza 7 zapisov.

Novo iskanje podatkov

* Informativno doplačilo je razlika med ceno zdravila, vključenega v seznam medsebojno zamenljivih zdravil ali seznam terapevtskih skupin zdravil, in njegovo najvišjo priznano vrednostjo; dodan je DDV. Zaradi pogostih sprememb cen zdravil in zalog v lekarnah je doplačilo za posamezno zdravilo lahko drugačno od prikazanega.

Poimenovanje zdravila	Pravni status	NPV	Nacionalna šifra
Pakiranje	Imetnik dovoljenja		
ATC	Farmacevtska oblika	Informativno	
Režim	Previd. ukrep	Razvrstitev	Regulirana cena brez DDV
			Dogovorjena cena brez DDV
			doplačilo*
			MZZ
<p>✓ Jaydess 13,5 mg intrauterini dostavni siste</p> <p>škatala z 1 intrauterinim dostavnim sistemom</p> <p>G02BA03 plastični maternični vložki z dodatkom progestog</p> <p>ZZ A*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>BAYER d.o.o.</p> <p>intrauterini dostavni sistem</p> <p>83,57€ - -</p>	<p>-</p>	<p>145370</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
<p>✓ Kyleena 19,5 mg intrauterini dostavni siste</p> <p>škatala z 1 intrauterinim dostavnim sistemom (1 x 1 sistem v</p> <p>G02BA03 plastični maternični vložki z dodatkom progestog</p> <p>ZZ A*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>BAYER d.o.o.</p> <p>intrauterini dostavni sistem</p> <p>83,57€ - -</p>	<p>-</p>	<p>148178</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
<p>✓ Mirena 20 mikrogramov/24 ur intrauterini do</p> <p>škatala z 1 intrauterinim dostavnim sistemom</p> <p>G02BA03 plastični maternični vložki z dodatkom progestog</p> <p>ZZ A*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>BAYER d.o.o.</p> <p>intrauterini dostavni sistem</p> <p>85,88€ - -</p>	<p>-</p>	<p>001783</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
<p>✓ NuvaRing 0,120 mg/0,015 mg na 24 ur vaginal</p> <p>škatala z vrečko s 3 obročki</p> <p>G02BB01 vaginalni obroček s progestogenom in estrogenom</p> <p>Rp PC100*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>N. V. Organon, Oss</p> <p>vaginalni dostavni sistem</p> <p>30,30€ - -</p>	<p>30,30€</p>	<p>027480</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p>
Vsa zdravila v MZZ z NPV			

▶▶▶

<p>✓ NuvaRing 0,120 mg/0,015 mg na 24 ur vaginal</p> <p>škatla z vrečko z 1 obročkom</p> <p>G02BB01 vaginalni obroček s progestogenom in estrogenom</p> <p>Rp PC100*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>N. V. Organon, Oss</p> <p>vaginalni dostavni sistem</p> <p>10,34€</p>	<p>10,10€</p> <p>0,26€</p>	<p>027472</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p> <p>Vsa zdravila v MZZ z NPV</p>
<p>✓ Setlona 0,120 mg/0,015 mg na 24 ur, vaginal</p> <p>škatla s 3 vrečicami z 1 obročkom</p> <p>G02BB01 vaginalni obroček s progestogenom in estrogenom</p> <p>Rp PC100*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>Mylan Ireland Limited</p> <p>vaginalni dostavni sistem</p> <p>-</p>	<p>30,30€</p> <p>-</p>	<p>148735</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p> <p>Vsa zdravila v MZZ z NPV</p>
<p>✓ Setlona 0,120 mg/0,015 mg na 24 ur, vaginal</p> <p>škatla z vrečico z 1 obročkom</p> <p>G02BB01 vaginalni obroček s progestogenom in estrogenom</p> <p>Rp PC100*</p>	<p>Zdravilo z dovoljenjem za promet</p> <p>Mylan Ireland Limited</p> <p>vaginalni dostavni sistem</p> <p>-</p>	<p>10,10€</p> <p>-</p>	<p>148715</p> <p>ATD+UI</p> <p>Navodilo</p> <p>SmPC</p> <p>Vsa zdravila v MZZ z NPV</p>

