



A Member Association of



IPPF International
Planned Parenthood
Federation
European Network

Извештај од Адаптирана проценка на
здравствени технологии

Употреба на модерни методи за семејно планирање во Република Северна Македонија

Со осврт на оралната контрацепција



Употреба на модерни методи за семејно планирање во Република Северна Македонија

Со осврт на оралната контрацепција

„Дискусијата, политиките и решенијата мора да се оддалечат од паниката за „експлозија на населението“ или „колапс на населението“ и да се свртат кон реалните грижи на индивидуата, која прави длабоко промислени, длабоко интимни избори за своето тело, за семејството и иднината. Оваа криза не е вкоренета во неусогласувањето на индивидуалните репродуктивни одлуки со потребите на државите или економиите. Напротив, таа е вкоренета во околината, опкружувањето и политичките одлуки, кои не се усогласени со желбите на поединците и не успеале да создадат економска сигурност и зајакнување на личноста, за кои луѓето велат дека се предуслови за остварување на нивните цели за формирање семејство – без разлика дали таа цел е да имаат многу деца, малку деца или воопшто да немаат.“

– UNFPA (United Nations Population Fund). 2025. “The Real Fertility Crisis: The pursuit of reproductive agency in a changing world”. State of World Population 2025. New York: UNFPA

Содржина

Апстракт	3
Вовед. Цели на извештајот	5
Опис на технологијата	11
Клиничко значење	14
Осврт кон безбедноста при употреба на технологијата	18
Епидемиологија / употреба на технологијата	22
Преглед на организациските аспекти и на регулативата	29
Пристап до модерна контрацепција во земјите од регионот	36
Анализа на трошоците и влијание врз буџетот	41
Интерпретација на наодите	52
Препораки	61
Користена литература	65
ПРИЛОГ 1 – Преглед на методите на контрацепција според нивната ефективност, според СЗО	70

Апстракт

Употребата на модерни средства за семејно планирање се смета за едно од клучните постигнувања во напорите за обезбедување универзална здравствена заштита, а Македонија е на дното според степенот на употреба на модерна контрацепција во светски рамки. Опфатот со современа контрацепција во РС Македонија е меѓу најниските во регионот и во Европа, при што трошоците за орална контрацепција целосно се покриваат од самите жени. Ваквата состојба значително го оптоварува семејниот буџет и придонесува приватните трошоци за здравство да изнесуваат околу 42 % од вкупните здравствени расходи, што е речиси трипати повеќе од просекот во Европската Унија. Оралната контрацепција е еден од најприфатените модерни методи, пред сè, поради нејзината ефикасност и рутинска употреба, а таа има и низа други здравствени и општествени придобивки. Ризикот од несакани дејства за индивидуата која ја употребува оралната контрацепција е минимизиран.

Во нашата држава превентивните мерки за заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата, во смисла на здравствени услуги за советување, се во дефинираниот опфат на примарната здравствена заштита. Усвоено е сеопфатно национално Упатство за семејно планирање, кое обраќа посебно внимание на адолесцентките и младите жени, како и на индивидуална проценка, т. е. евалуација на клиентката заради обезбедување на ефикасноста и безбедноста на примената на различните контрацептивни методи. Но ниту едно модерно средство за орална контрацепција не се наоѓа на Позитивната листа, па трошокот за таблетите мора да биде целосно покриен од осигуреничките. Ова е голема пречка во пристапот, особено за жените од ранливите категории и од адолесцентната популација, а воедно го продлабочува постоечкиот проблем со високиот процент на приватни плаќања за здравство, особено за лекови кои се издаваат во аптека.

Оваа Адаптирана проценка на здравствени технологии и прегледот на докази валидни за локалниот контекст, треба да им помогне на чинителите во здравствениот систем, носителите на одлуки, фармацевтските компании и граѓанските организации, да донесат рационални и објективни одлуки за понатамошните активности за подобрување на пристапот до орална контрацепција, како модерен метод на семејното планирање, базиран врз начелото на рамноправност и инклузивност за најранливите.

Посебна вредност на оваа анализа е проценката на влијанието врз буџетот на Фондот што би го имало воведувањето на оралната контрацепција на Позитивната листа. Имено, обезбедувањето на делумно покривање на трошоците за орална контрацепција за сите жени во репродуктивна возраст (од 15 до 49 години), во износ на најевтиниот регистриран контрацептив, би резултирало со негативно влијание од 25,6 милиони денари врз буџетот на плаќачот на здравствените услуги, односно Фондот за здравствено осигурување. Проектирано е дека за период од три последователни години Фондот би

вложил 42,5 милиони денари за инвестицијата, со што би се постигнало зголемување на употребата на орална контрацепција за околу 70 % (од базична вредност околу 5.300 на 8.500 кориснички во 2028 г.). Тоа би овозможило заштеди/избегнати трошоци за здравствениот систем од 16,85 милиони денари, кои би произлегле од спречените медицинско-индуцирани абортуси, високоризични бремености и следствено породувања, како и новороденчиња со ниска родилна тежина и компликации што се јавуваат поради тоа, за 220-250 жени годишно. Мора да се земе предвид дека при оваа анализа не се земени предвид и општествените, економските и популациските придобивки од зголемувањето на опфатот и користењето на орална контрацепција, во поглед на намалено плаќање од џеб за модерна контрацепција, зголемени можности на жените за едукација, вработување и вклученост во општеството, зголемена продуктивност и квалитет на животот, намалено ниво на сиромаштија со придонес на економското јакнење на семејствата, заедницата и државата. Така, доколку се земе предвид и перспективата на општеството и корисникот, реално е да се очекува дека подобрената употреба на модерни методи за семејно планирање би имало позитивно економско влијание.

Во согласност со наодите од проценката, се препорачува преземање активности од страна на сите чинители за вклучување на оралната контрацепција на Позитивната листа. Се предлага соодветен модалитет на вклучување, кој би бил во согласност со моменталните регулативи, но и во рамки на достапниот здравствен буџет. Се предлага група орални контрацептивни средства со различен состав да се стават на Позитивната листа за подигнување во аптека со рецепт од матичен гинеколог, со ниво на покривање на трошокот до најевтиниот од нив, слично на принципот на покривање на оралната контрацепција во Србија. Во зависност од расположливите буџетски средства на Фондот, да се предвиди оралната контрацепција за сите жени во репродуктивна возраст, односно да се ограничи целната група на адолесцентки и млади девојки, доколку буџетот е ограничен. Се препорачува паралелен процес на приспособување на Програмата на Владата, со што би продолжило обезбедувањето на останатите средства за контрацепција, а за оралните контрацептиви ќе се предвидат средства за ослободување од партиципацијата. Исто така, се препорачува воведување на механизам со кој ќе се следи примената на Упатството за семејно планирање од страна на лекарите, преку развивање на дигитални алатки, како и вклучување на граѓанскиот сектор во подобрување на информирањето на корисниците и во промоција на придобивките од воведување на орална контрацепција, посебно за ранливите групи и адолесцентната популација.

ВОВЕД.

Цели на извештајот

Непланираните бремености сè уште се значаен јавноздравствен проблем.

Кога девојката ќе забремени, нејзиниот живот радикално се менува. Таа може да прекине со образованието или со работата, ѝ се намалуваат шансите за непречено продолжување на кариерата. Некои девојки се во ризик од сиромаштија и исклучување од општеството. **Адолесцентните бремености** генерално не се резултат на намерен избор – тие девојки често немаат влијание врз одлуките што влијаат врз нивните животи, а тоа е последица на различни фактори, вклучително ниската образованост, слаб или никаков пристап до услуги и информации за сексуално и репродуктивно здравје, стапување рано во брак, семејно насилство итн.¹

Земајќи ги предвид овие клучни аспекти од животот на жената, разбирливо е зошто можноста успешно да се планира дали и кога ќе се има деца игра огромна улога во менталното здравје и среќата на индивидуите и семејствата. Особено влијание врз менталното здравје и среќата имаат бременостите на помала возраст.

Достапноста до услуги и средства за семејно планирање, информираноста за употребата на контрацепција, како и соодветната и конзистентна употреба на методи за семејно планирање значи спречување на непланирани бремености, бремености кои се случуваат прерано или предоцна, како и продолжување на периодот помеѓу бременостите. Тоа им овозможува на паровите да ја планираат големината на семејствата, што од друга страна има огромен **општествен и економски бенефит**.² Кога жените и паровите се поттикнати и поддржани да планираат дали, кога и колку деца ќе имаат, тогаш жените и младите девојки имаат подобра можност да го планираат и да го завршат своето образование, се подобруваат нивната независност и моќта за носење одлуки, како и економската моќ, индивидуално или во рамките на семејството. Ова им овозможува поефикасно да ги планираат вработувањето и професионалниот развој и води кон подобрен баланс помеѓу приватниот и професионалниот живот.

Во биомедицинска смисла, непланираните бремености, особено оние на помлада возраст/адоlesценција, имаат директно влијание врз **здравјето на жените**. Компликаци-

¹ <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy#readmore-expand>

² Sonfield A et al. The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to Have Children, New York: Guttmacher Institute, 2013, <www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf>

ите од бременоста се главна причина за смртност кај адолесцентки, поради подложување на небезбедни абортуси. На глобално ниво, се смета дека пристапот до модерна контрацепција ја намалува мајчината (матерналната) смртност за 25 %, а смртноста на новороденчиња за 20 %.³ 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.⁴

Од друга страна, нема докази за **корелација помеѓу прирастот на населението** изразен преку вкупната стапка на фертилитет и пристапот до услуги и методи за семејно планирање, како и употребата на модерна контрацепција. Прирастот на населението е комплексен параметар кој не зависи само од биолошките фактори, туку од економската развиеност, нивото на образование, урбанизацијата, миграцијата, зголемување на богатството, општествените и политичките трансформации итн.

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, прва 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.⁵

Во **1994** година, 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, како и со намалување на влијанието на демографските аргументи врз популациските 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.

Целите за одржлив развој од 2015 година предвидуваат дека универзалниот пристап до здравствени услуги за **сексуално и репродуктивно здравје**, вклучувајќи и услуги и методи за семејно планирање, информираност и едукација и вклучување на репродуктивното здравје во националните стратегии и програми, е цел која обезбедува здрави животи и ја подобрува благосостојбата на која било возраст. Додека во Милениумските развојни цели од 2000 година се мереше стапката на употреба на контрацепција и

3 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.

4 [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.

5 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>>

незадоволената потреба за семејно планирање, во 2015 година реториката се насочи кон модерните 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.

Во јуни 2020 година, Парламентарното собрание на **Советот на Европа** донесе **Резолуција 2331**: Јакнење на жените, промоција на пристапот до контрацепција во Европа.⁶ Освен заклучоците за постоење на културни и општествени пречки, стереотипи, предрасуди и морални норми, несоодветна едуцираност и информираност, во неа се истакнува и дека 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 се посебно изложени на финансиски и културни пречки во пристапот до контрацепција, што повикува на посебно внимание и мерки.

Собранието ги повикува земјите членки и набљудувачи на Советот на Европа:

Сите видови на модерна контрацепција, вклучувајќи ги и долгодејствувачката 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.

⁶ [PACE – Resolution 2331 \(2020\) – Empowering women: promoting access to contraception in Europe \(coe.int\).](https://www.coe.int/t/dghp/healthcare/contraception/2331_en.asp)

Што се однесува до македонските политички определби по ова прашање, мора да се истакне дека Македонија е потписник на сите меѓународни документи, кои во својата рамка опфаќаат пристап до сервиси и методи за семејно планирање и контрацепција.

Посебно значење во десетгодишната **Стратегија за сексуално и репродуктивно здравје** 2011 – 2020 година⁷ 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, како и вклучување на барем три контрацептивни средства на **Позитивната листа на лекови**, која ни тогаш ниту сега не покрива ниту еден контрацептив. Беше предвидена и едукација на матичните лекари и на патронажната служба, обезбедување „итна контрацепција“ за ранливите и социјално загрозуени 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.⁸ Иако не е направена официјална анализа на влијанието на оваа Стратегија врз здравјето и врз општеството, сепак, четири години по завршувањето на нејзината важност може да се заклучи дека во доменот на семејното планирање најголем дел од целите не беа постигнати. Преваленцијата на употреба на модерни методи на контрацепција во 2018 г. изнесува 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.

Од февруари 2024 година во процес е изработка на нова стратегија за сексуално и репродуктивно здравје за периодот 2025 – 2030 година, во која пристапот до модерна контрацепција зазема посебно место.

Една од пречките за постигнување повисок степен на употреба на модерна контрацепција во Македонија 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 пречка за младите и за лицата со понизок социоекономски 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 (помеѓу 50 и 150 жени се предвидени во различни години), дистрибуирани преку здравствени установи на секундарно и терциерно ниво.

7 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.

8 Според соодветните мултииндикаторски кластерски истражувања (МИКС).

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, предвидува еднаква достапност на лекот за сите осигуреници. Воспоставувањето критериуми и дефинирани процеси за одлучување 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. Принципите 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 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.

Целта на овој документ е да се даде преглед на карактеристиките на оралната контрацепција како еден од најпревалентните модерни методи за семејно планирање на светско ниво, во согласност со елементите, односно критериумите кои се земени предвид во процесите за одлучување за лек на Позитивната листа.

Задачи на анализата се:

- да се даде преглед на докази валидни за локалниот контекст, поврзани со главните компоненти на „Проценка на здравствени технологии“ – епидемиологија, клиничко значење, економска евалуација и етичко значење на модерната контрацепција, како и осврт на организациските аспекти на нејзиното воведување на Позитивната листа, односно на листата која е покриена од Фондот;
- да се изработи анализа на буџетското оптоварување кое би го предизвикало воведувањето на оралната контрацепција, преку адаптација на претходно изготвена анализа⁹;
- да се даде осврт на легислативата: Законот за здравствената заштита, Законот за здравственото осигурување, Правилникот за Позитивна листа на лекови, Правилникот за референтни цени на лекови итн.;

⁹ Нику Фота. 2018. Инвестиции во здравството и заштеда на трошоци преку обезбедување современа контрацепција во Македонија. УНФПА/ХЕРА.

- да се направи споредба на состојбата во нашата земја, наспроти состојбите во земјите од регионот и пошироко во европски рамки, преку употреба на конкретни индикатори;
- да се дадат препораки во врска со воведувањето на модерна контрацепција на листата, како и за евентуална адаптација на легислативата.

За методологијата

Традиционалната „Проценка на здравствени технологии“ (НТА) е истражувачки процес базиран врз анализа на политики, кој има за цел да ги подобри ефикасноста и еднаквоста на здравствениот систем, чии финансиски ресурси се ограничени. Со текот на времето потребата од оваа методологија е сè поголема, а препораките на СЗО се дека процесот на изработка на такви проценки треба да се институционализира, дури и во земји со низок и среден приход, како критична компонента за обезбедување на универзална покриеност со здравствена заштита (англ. Universal health coverage). Иако има исклучоци, земјите со низок и среден приход се соочуваат со ограничени технички и административни капацитети, недостиг на податоци, временска ограниченост, како и недоволно воспоставени структури на управување за спроведување на НТА. Поради тоа, тие применуваат попрагматски пристап, при што се изработуваат поедноставни проценки, употребувајќи побрзи и флексибилни методологии и процеси кои се приспособени на контекстот и намената и може да помогнат во надминување на некои од предизвиците. За ваквиот пристап се користи изразот „адаптирана проценка на здравствени технологии“.¹⁰

Оваа анализа, во основа, користи методологија на адаптирана Проценка на здравствени технологии, комбинирана со анализа на политики/легислатива. Адаптацијата се однесува главно на економската евалуација, при што се користи пониско ниво на економска проценка (буџетско влијание, наместо студија на трошкова ефикасност), со приспособување на претходно изработена евалуација во локален контекст. Адаптацијата на методологијата од економската анализа изработена од UNFPA (2018) е во однос на цените, епидемиолошките параметри, популациските параметри (според новиот попис од 2021 година и годишните трендови), употребено е Мултииндикаторското кластерско истражување (МИКС) од 2018 – 2019 наместо МИКС од 2011 година.

Исто така, применети се извори на податоци кои се веќе познати и систематизирани, а потребата од нови податоци од терен е сведена на најниско ниво.

¹⁰ Nemzoff C, et al. Adaptive health technology assessment to facilitate priority setting in low- and middle-income countries. BMJ Global Health 2021. <<https://gh.bmj.com/content/6/4/e004549>>

Опис

на технологијата

Според ОН и СЗО, **семејното планирање** опфаќа систем од информации, средства и методи кои им овозможуваат на индивидуите да одлучат дали и кога ќе имаат деца. Ова вклучува широк дијапазон на контрацептиви, но и давање информации како да се забремени кога тоа е посакувано, како и третман на неплодност.

Во потесна смисла на зборот, терминот семејно планирање често се поистоветува со употреба и достапност на контрацепција.

Оваа анализа ќе ги следи начелата на УНФПА, која никогаш не го промовира абортусот како метод за семејно планирање.¹¹ Напротив, употребата на контрацепција ги намалува бројот на абортуси и последиците од нив.

Соодветната **употреба на контрацептивни средства** е важна за здравјето на жените и децата во однос на 1) спречување на забременување прерано или предоцна, 2) продолжување на интервалите помеѓу раѓањата и 3) ограничување на вкупниот број на деца.

Наведената дефиниција на опфатот на терминот семејно планирање не прави разлика меѓу традиционални и модерни методи на контрацепција. Имено – под **традиционални методи** се подразбираат главно периодична апстиненција и повлекување, додека **модерните методи** опфаќаат поширок дијапазон, како – орална контрацепција (таблети и итна контрацепција), интраутерини помагала (спирала, интраутерини влошки и импланти), инјектабилна контрацепција, импланти, кондом (машки и женски), вагинални бариерни методи (дијафрагма, пена/гел), стерилизација (машка и женска).^{12,13}

Постојат повеќе начини на групирање на контрацептивните методи. Меѓу другото, СЗО ги групира врз основа на ефективността:

11 <<https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>>

12 Државен завод за статистика на РСМ, УНИЦЕФ, УНФПА. Мултииндикаторско кластерско истражување (MICS), 2018-2019 година.

13 <<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf>>

- многу ефективни (0-0,9 бремености на 100 жени)
- ефективни (1-9 бремености на 100 жени)
- умерено ефективни (10-19 бремености на 100 жени)
- помалку ефективни (20 или повеќе бремености на 100 жени)

Во Прилог 1 е дадена табела преземена од страницата на СЗО, со преглед на сите методи на контрацепција според нивната ефективност, при што е даден податок за ефективноста при доследно и коректно користење, како и при вообичаениот начин на користење во реални услови. Овие податоци зборуваат дека традиционалните методи (метод на повлекување и периодична апстиненција) се најнеефективните методи, според сите параметри, со реално 15-20 бремености на 100 жени кориснички годишно според вообичаениот начин на применување. Модерните методи главно имаат повисок степен на ефективност, која варира од метод до метод. Најнеефективни се оние кај кои начинот на примена е помалку подложен на субјективни варијации – спирала, долгодејствувачки инјектабилни хормонски контрацептиви, импланти. Најмала ефективност имаат машкиот и женскиот кондом. Оралната контрацепција во идеални услови на примена има одлична ефективност – 0,3 бремености годишно на 100 жени кои ја употребуваат, но при вообичаениот начин на употреба, реално ефективноста е значително намалена, т. е. 7 бремености годишно на 100 жени кои ја употребуваат.

Според апликацијата и трајноста на употребениот метод, модерната контрацепција се групира на следниов начин:

01. Бариерни методи, како кондоми и дијафрагма;
02. Семејно планирање/контрацепција со примена на краткодејствувачки хормонски методи, вклучувајќи и инјекции (орална контрацепција, вагинален прстен, контрацептивни трансдермални лепенки);
03. Семејно планирање/контрацепција со примена на долгодејствувачки хормонски методи, вклучувајќи спирала и импланти;
04. Трајна контрацепција (доброволна женска стерилизација или вазектомија);
05. Итна контрацепција (кој било метод).

Во националното Упатство за семејно планирање е даден детален преглед на сите контрацептивни методи, нивните специфики, ефикасност и ефективност, предности, недостатоци, безбедност, достапност во земјата итн.

Орална контрацепција подразбира метод што се базира врз земање таблети, кои во

себе содржат хормонска компонента. Таа ги опфаќа комбинираните орални контрацептиви (КОК), како и итната контрацепција.

Во овој документ под терминот орална контрацепција ќе се подразбираат комбинираните орални контрацептиви. Тоа се таблети кои содржат две компоненти – синтетски естроген и прогестин (гестаген), кои се слични на природните хормони што се синтезираат во телото на жената – прогестерон и естроген.

Низ годините на нивниот развој, количината на естроген во комбинираната орална контрацепција (КОК) се намалувала на пониски и побезбедни концентрации, со што се намалила и фреквенцијата на појава на несакани ефекти. КОК со високи дози денес се дефинираат како препарати кои содржат повеќе од 50 µg естроген, а нискодозните таблети содржат 30-35 µg естроген. Ултранисккодозните КОК содржат само 20 µg естрогенска компонента. Во РСМ достапни се КОК со ниски и со ултраниски дози на естроген.

Механизмот на дејство е примарно преку спречување да се ослободи јајце-клетката од овариумите (овулација), а исто така и ја згуснуваат цервикалната слуз, што влијае негативно врз движењето на сперматозоидите.¹⁴

Тие се земаат постојано во текот на периодот во кој контрацепцијата е посакуваниот исход.

¹⁴ Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.

Клиничко значење

Семејното планирање, односно контрацепцијата во тесна смисла на зборот, спречува непланирана бременост, бремености кои се случуваат прерано или предоцна, и го продолжува периодот помеѓу бременостите.

Но освен контрацептивните, семејното планирање има и други здравствени придобивки.

Со правилната употреба на контрацепција, поддржана со постојано следење и советување од стручно лице, во согласност со медицината базирана врз докази, контрацепцијата ги **намалува бројот на абортуси** и инциденцата на смртни случаи и попреченост поврзани со компликации во бременоста и во раѓањето.

Адолесцентската бременост претставува здравствен ризик не само за бебињата, туку и за младите мајки, а води и до социо-економски последици поради прераното родителство. Околу половина од бременостите кај адолесценти од 15-19 години се непланирани, а повеќе од половината од нив завршуваат со абортус. Планирањето на семејството може да им помогне на девојките да забременат во текот на овој високо-ризичен период и да ги избегнат општествените и економските последици.^{15,16}

Подобрувањето на информираноста и знаењата на адолесцентите за средствата за модерна контрацепција и пристапот до нив, е клучно за подобрување на нивното долгорочно ментално и физичко здравје. Компликациите при бременоста и раѓањето се најголемата причина за смртност кај адолесцентките (15-19 години). Многу адолесцентки сè уште не се физички подготвени за бременост и раѓање и затоа се поранливи во однос на катастрофални здравствени последици. Дополнително, адолесцентките

15 Singh S, Jacqueline E. Darroch E.J, Ashford LS. 2014. Adding it Up: The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. The Alan Guttmacher Institute and UNFPA. <<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>>

16 Darroch JE et al. 2016. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents, New York: The Alan Guttmacher Institute. <<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>>

кои забременуваат обично се од домаќинства со пониски приходи, па голем дел од нив се и нутритивно недоволно подготвени, што ги зголемува ризиците поврзани со бременоста и раѓањето. Здравствените проблеми се уште поверојатни ако адолесцентката забремени брзо по влегување во пубертетот. Во земјите со ниски и средни приходи, ризикот од мајчина смрт кај девојчињата под 15 години е поголем отколку кај жените во нивните 20-ти години. Овие девојчиња се соочуваат и со здравствени ризици, како што е опстетриска фистула, а нивните бебиња се соочуваат и со поголеми ризици. Адолесцентните мајки имаат поголема веројатност да се соочат со проблеми со менталното здравје, вклучително и депресија.¹⁷

Сепак, адолесцентите ги имаат најголемите бариери во пристапот до здравствени информации и услуги за репродуктивно здравје.

Контрацепцијата сè повеќе се гледа како начин за **зачувување на фертилноста и оптимизирање на здравјето пред планираната бременост**¹⁸. Тоа станува сè позначајно во општества во кои жените го одлагаат раѓањето, што го зголемува ризикот од настанување на состојби кои ги засегаат фертилитетот, бременоста и исходот од бременоста.

Планирањето на бременоста има директно влијание не само врз здравјето на индивидуата, туку и врз исходот од бременоста¹⁹. Како што е наведено во националното Упатство за семејно планирање²⁰, планирањето на семејството може да го **превенира матерналниот морталитет и морбидитет** преку одлагање на бременоста, одржување на оптимално растојание помеѓу две бремености, спречување на непланирани и високоризични бремености и прекини на бременоста^{21,22,23}. Во глобални рамки, околу 40 % од бременостите се непланирани и тие може да резултираат со спонтан или индуциран прекин на бременост, ектопична и моларна бременост и зголемена можност за негативно однесување во бременоста, како одлагање на пренаталната здравствена грижа, пушење.²⁴ Се проценува дека во глобални рамки, 6-10 % од бременостите се ризични.²⁵ Ризични фактори за високоризична бременост се возраста на мајката, кратко растојание помеѓу две бремености, повеќеplодна бременост, како и одреде-

17 <<https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy#readmore-expand>>

18 [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.

19 <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>>

20 Министерство за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2025 г.

21 Ahmed S, Qingfeng L, Liu L, Tsui A. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*. July 12, 2012.

22 Stover, J. and J. Ross. How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. *Matern Child Health J*, 2010. 14:687–695.

23 DeFranco EA, Seske LM, Greenberg JM, Muglia LJ. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;212(3):386.e1–9.

24 [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.

25 US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2017. How many people are at risk of having a high-risk pregnancy? <<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo>>

ни здравствени состојби кои настанале во текот на бременоста или постоеле пред неа (висок крвен притисок, (гестациски) дијабетес, автоимуни заболувања, сексуално преносливи заболувања, еклампсија итн.). Според некои скорешни проценки, доколку сите жени од земјите во развој би користеле модерни методи, матерналната смртност би се намалила за околу една четвртина.²⁶

Планирањето на семејството и обезбедувањето соодветно растојание меѓу бременостите може да ја намали **неонаталната, доенечката и смртноста кај децата до 5 години**, преку намалување на можноста за предвремено раѓање и раѓања на деца со ниска родилна тежина.²⁷ Предвремените раѓања (пред 37 гестациска недела) и ниската родилна тежина остануваат главни медицински причини за доенечка смртност во светски рамки (^{28,29,30}). Со интервал од две години меѓу раѓањата, доенечката смртност во средините со понизок развој се намалува за 13 %, а со три години за 25 %³¹. Според УНИЦЕФ, глобалната преваленца на раѓање на бебиња со ниска родила тежина е 14,7 %, во европски рамки се движи помеѓу 5 % и 10 %, со проценет просек од 7 %, а во Македонија проценките за 2020 година изнесуваат 8,3 %³². Бебињата кои ќе преживеат се соочуваат со долгорочни последици³³.

Жените не се доволно информирани за **неконтрацептивниот ефект**: хормонските контрацептиви го намалуваат ризикот од одредени видови карциноми, дисменореја, обемни менструални крвавења, анемија, а се користат и во третман на ендометриоза³⁴.

Доколку машиот и женскиот кондом би се употребувале правилно и доследно, нудат двојна заштита – и против непланирана бременост и против **сексуално преносливи инфекции** (СПИ), вклучително и ХИВ.

Оралната контрацепција (ОК) има многу предности во однос на некои други видови контрацепција. Имено, таа има висока ефикасност, доколку се користи правилно и редовно, ефективна е веднаш по земањето, доколку се земе во првите 5 дена од мен-

26 <<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>>

27 Sonfield A. Beyond Preventing Unplanned Pregnancy: The Broader Benefits of Publicly Funded Family Planning Services. Guttmacher Policy Review, 2014;17(4):26. <<http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/17/4/gpr170402.pdf>>

28 World Health Assembly. Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief. WHO, 2014.

29 Institute of Medicine. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. The National Academies Press, Washington, DC, 2007.

30 Sonfield A, Beyond Preventing Unplanned Pregnancy: The Broader Benefits of Publicly Funded Family Planning Services, Guttmacher Policy Review, 2014;17(4):2-6. <<http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/17/4/gpr170402.pdf>>

31 The Alan Guttmacher Institute. Family Planning and infant mortality: Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels. Issues in Brief, AGI, 2002.

32 who.int/nutgrowthdb/LBW/estimates

33 <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>>

34 Sonfield A et al. The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to Have Children, New York: Guttmacher Institute, 2013. <www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf>

струалниот циклус, лесна е за користење и безбедна е за употреба кај најголем дел од жените.

Освен овие контрацептивни придобивки, КОК има и повеќе здравствени придобивки, неповрзани со контрацепцијата:

- пократки и пооскудни менструални крвавења
- намалување на дисменореја (болна менструација)
- ублажување на симптомите кај жени со синдром на полицистични јајници
- превенција и корекција на сидеропенична анемија
- намалување на животниот ризик од развој на канцер на овариум и ендометриум
- можно намалување на ризик од симптоматска пелвична инфламаторна болест
- третман на акни и хирзутизам.³⁵

Зошто жените велат дека ја преферираат оралната контрацепција?

Прво, нејзината употреба е релативно лесна, контролирана од самата жена, може во секое време да биде прекината без последици и нема влијание врз сексот.

Сепак, треба да се истакнат и некои ограничувања на оралната контрацепција. Имено:

- Таблетите мора да се земаат секој ден, по можност во исто време
- Ефикасноста на таблетите е намалена доколку клиентката прима одредени лекови
- Контрацептивната ефикасност се намалува во услови на гастроентеритис, повраќање и дијареја
- КОК не даваат заштита од СПИ, вклучително хепатитис В и ХИВ. Заради тоа, клиентките со зголемен ризик треба да користат и кондоми за превенција од СПИ
- Ја намалува продукцијата на млеко кај пациентки кои дојат.³⁶

35 Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.

36 Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.

Осврт кон безбедноста при употреба на технологијата

Оралната контрацепција е модерен метод кој претставува фармацевтски препарат, таблета која во себе содржи активна фармацевтска супстанција – најчесто комбинација од два хормона – прогестогени и естрогени. Како и секој препарат кој содржи компонента класифицирана во групата лекови, освен придобивката која ја има за корисниците, има и несакани дејства, што се јавуваат во различен степен и зачестеност. Некои од несаканите дејства се позначајни кај лица со одредена здравствена или друга состојба (на пр., бременост, возраст, пери/менопауза, попреченост, мобилни популации итн.). Освен ова, секој лек има и свои контраиндикации, односно состојби при кои не смее да се употребува.

Во продолжение е даден извадок од националното Упатство за семејно планирање³⁷, кое посветува сериозно внимание на безбедноста при пропишувањето и употребата на секој од методите на контрацепција, вклучително и оралната контрацепција. Ова Упатство е наменето за гинеколозите, но и за други профили вклучени во здравствената грижа на жените, создадено е од работна група од професионалци во различни области, усвоено е од страна на министерот за здравство и објавено е во „Службен весник“.

Со цел да се намали ризикот од употребата на оралната контрацепција кај секоја жена посебно, лекарите употребуваат точно уредени принципи на индивидуална проценка т.е. евалуација на клиентката. Примарната цел на проценката е да се одреди дали клиентката за услуги за семејно планирање (СП) е:

- бремена
- има контраиндикации кои влијаат на медицинскиот избор да се започне или продолжи користењето на одреден метод на семејно планирање

37 Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.

- има медицински проблеми кои бараат дополнителна евалуација, третман или редовно следење.

Експертските работни групи на Светската здравствена организација (СЗО) периодично ги ревидираат достапните научни информации за безбедноста на контрацептивните методи и донесуваат препораки за критериумите за нивната употреба во различни ситуации и т.н. Критериуми на медицинска подобност (КМП, англ. Medical Eligibility Criteria, MEC). Секоја состојба е дефинирана како индивидуална карактеристика (на пример, возраст, анамнеза за бремености) или позната веќе постоечка медицинска состојба (на пример, дијабетес, хипертензија). Последната, петта едиција на КМП е последен пат обновена во 2015 година и податоците од неа се вклучени во овој прирачник.

ЦЕЛ НА КМП

- Базирање на водичите за семејно планирање на најдобрите достапни докази
- Осврт на предрасудите по однос на тоа кои поединци може безбедно да користат контрацепција
- Намалување на медицинските бариери за пристап до услуги за СП
- Подобрување на пристапот и квалитетот на нега во сферата на СП

СЗО ги групира медицинските состојби во четири категории:

- Категорија 1: Состојби во кои не постои ограничување за изборот на метод на контрацепција
- Категорија 2: Состојби во кои предностите од употреба на специфичниот метод се поголеми од теоретските или докажаните ризици.

Препорака: Кога клиничката проценка е адекватна, методот треба да се употребува внимателно – во некои случаи, редовно следење може и да не е потребно; доколку клиничката проценка не е адекватна, методот се започнува, а клиентката се упатува за евалуација во најскоро можно време.

- Категорија 3: Состојби кај кои теоретските или докажаните ризици се поголеми од потенцијалната корист од употребата на методот.

Препорака: Не се советува употребата на специфичниот метод, освен во случаи кога алтернативните соодветни методи не се достапни или не се прифатливи за клиентката. Доколку клиничката проценка е адекватна, на клиентката треба да ѝ се помогне да одбере алтернативен метод ИЛИ да се употребува специфичниот метод, но со

исклучителна внимателност (подразбира обезбедување на континуиран пристап кон клинички услуги). Доколку клиничката проценка не е адекватна, специфичниот метод не треба да се користи, а на клиентката треба да ѝ се советува одбирање на алтернативен метод.

- Категорија 4: Состојби кои претставуваат неприфатлив здравствен ризик за употреба на контрацептивниот метод

Препорака: Специфичниот метод да не се употребува.

Советувањето е важен дел од пружањето на услуги од доменот на репродуктивното здравје и треба да биде дел од секоја интеракција со клиентот. Улогата на советувањето за СП е да му се помогне на клиентот во изборот на метод на СП кој е најсоодветен за него, како и да му се даде поддршка при решавањето на кои било проблеми што може да се наметнат во процесот на одбирање, користење или прекинување на употребата на методот за СП.

Покрај заштита на правото на клиентот за информирано и доброволно донесување на одлука, советувањето има улога и во:

- Зголемување на прифатеноста на услугите на СП
- Промоција на ефикасна употреба на услугите на СП
- Зголемена сатисфакција на клиентите при употребата на методите на СП
- Подобра приемчивост кон употребата на одбраниот метод
- Разбивање на предрасудите за методите на СП

Квалитетното советување е најважниот начин преку кој здравствените работници го штитат правото на клиентот за информирано и доброволно одлучување. Во текот на советувањето здравствените работници не треба да дадат приоритет на некој метод на СП во однос на другите, ниту на кој било друг начин да го ограничат пристапот на клиентите до методите на СП, освен во случаи кога кај клиентите постои контраиндикација според КМП за употреба на конкретниот метод.

Кога клиентот ќе одлучи да прекине со употреба на некој метод на СП, давателите на услуги би требало во кратки црти да ги повторат сите достапни методи на СП. Давателите на услуги треба да ги познаваат можните фактори кои влијаат врз одлуката на клиентот за употреба на некој метод на СП, меѓу кои се:

- Репродуктивните планови (број на сакани деца, интергенезички интервал, тајминг и ограничување на бременост)
- Лични фактори, како време во кое клиентот треба да се јави за консултација за услуги на СП, трошоци поврзани со транспорт, лични преференци, медицинска подобност
- Потреба од заштита од СПИ.

Информиран избор во контекст на услугите на СП е доброволна, добро размислена одлука која индивидуата ја донесува врз основа на опциите, информациите и разбирањето за различните методи на СП. Процесот на овозможување информиран избор на клиентите е клучен за давање квалитетни услуги на СП.

Предности од информираниот избор

- Клиентите ги користат методите подолго, доколку сами ги одбрале
- Пристапот кон широка палета на методи им дава на клиентите можност да најдат метод кој е соодветен за нив, како и да го сменат методот на СП, доколку за тоа имаат желба
- Можноста клиентите да донесат сопствена одлука гради однос на доверба меѓу нив и давателите на услуги
- Ги охрабрува клиентите да бидат поодговорни за своето здравје и да ги исполнат своите репродуктивни планови

Информирана согласност е комуникацијата меѓу клиентот и давателот на услуги која потврдува дека клиентот направил добровolen избор да употребува некоја од методите на СП. Информирана согласност може да се добие само откако на клиентот ќе му се дадат сите релевантни информации за природата и карактеристиките на методот/процедурата, поврзаните ризици, предности и можните алтернативи.

За најголем дел од методите на СП, доволна е усна согласност за давање на методот. Во случајот на доброволна хируршка контрацепција, потребна е писмена информирана согласност.

Епидемиологија/ употреба на технологијата

Општи податоци

Фондот за здравствено осигурување во периодот 2020 – 2023 година има помеѓу 1,85 и 1,87 милион осигуреници, додека во 2024 тој број е паднат на 1,84 милион осигуреници. Во секој случај, ова претставува повеќе од 100 % од вкупното резидентно население во Македонија, утврдено со пописот од 2021 година (1.837.000 жители).³⁸

Според возрасна категорија, бројот на жени осигуренички во различни периоди се движи во ранг од по 50.000 во возрасните категории 15-19 г. и 20-24 г., и околу 300.000 во категоријата 25 – 49 години.³⁹

Употреба на контрацепција – податоци за 2018 година

Според базата на ОН, вкупните податоци за преваленција на употреба на модерни методи за контрацепција **кај сите жени во репродуктивен период е 16,3 %**, со проекција на тенденција на зголемување.⁴⁰ Според базата на податоци на УНФПА⁴¹ **за 2018 година**, процентот од сите жени во репродуктивна возраст, **кои својата потреба од методи за семејно планирање ја задоволуваат со модерни методи, изнесува 29,6 %**.

38 <<https://fzo.org.mk/pregled-osigureni-lica>> и <<https://www.stat.gov.mk/Aktivnosti.aspx?rbra=301>>

39 Извор: <<https://fzo.org.mk/pregled-osigureni-lica>> и Решение од ФЗО РСМ доставено до ХЕРА по Барање за слободен пристап до податоци од јавен карактер бр. 14-10348/3 од 19.05.2025 г.

40 <<https://population.un.org/dataportal/countryProfiles/types/1/topics/5/coreThemes/1/locations/807?classId=reg&palette=Blues&secpalette=alphabet2>>

41 <https://pdp.unfpa.org/?country=807&data_id=dataSource_8-6%3A180%2CdataSource_8-1%3A2%2B10%2B11%2CdataSource_8-2%3A97%2CdataSource_8-5%3A8215&page=Explore-Indicators>

Мултииндикаторското кластерско истражување (МИКС) е стандардизирано истражување, кое периодично се спроведува во многу земји. Глобалната програма МИКС беше изработена од УНИЦЕФ во 90-тите години, како меѓународна повеќенаменска програма за истражување на домаќинствата, со цел поддршка на државите во собирање на меѓународно споредливи податоци за широк опсег на индикатори за состојбата на децата и жените. Истражувањата МИКС мерат клучни индикатори кои им овозможуваат на државите да дојдат до податоци што би се користеле при изработка на јавни политики, програми и национални планови за развој, како и за следење на напредувањето кон целите за одржлив развој (ЦОР) и други меѓународно договорени обврски. МИКС во областа „контрацепција“ генерално ја стратифицира целната група на **жени во репродуктивна возраст кои се мажени или во врска и жени кои не се мажени, ниту се во вонбрачна врска**. Зборувајќи за индикаторите, вреди да се разгледа и употребата на контрацепција конкретно кај **жени кои не се мажени или во врска**. Оваа подгрупа е битна да се спомне заради тоа што во тие рамки е вклучена и **адо-лесцентната популација**. Преваленцијата на употреба на контрацепција кај жени кои не се мажени или во врска за првпат се мери со МИКС во 2018 година.

Според МИКС за Македонија, забележан е пораст на **вкупната преваленција (стапка на употреба) на контрацепција кај жени кои се мажени или во врска**, од 40,2 % во 2011 г.⁴² на 59,9 % во 2018 година⁴³. Кај **жени кои не се мажени, ниту во вонбрачна врска** преваленцијата на употреба на контрацепција изнесува 24,6 %.

Во 2018 година има намалување на незадоволената потреба за семејно планирање кај жени кои се во брак или во врска, но сепак, се забележува дека тој „напредок“ е постигнат со примена на традиционални методи на контрацепција, во најголема мера методот на „повлекување“. Имено, иако преваленцијата 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 методи – од 24,3 % во 2011 г. на 19,9 % во 2018 г.

Во сегментот на жени кои не се мажени или се во вонбрачна врска се укажува на сосема поинаква слика. Употребата на контрацепција е **24,6 %** и претставува стопроцентна задоволеност на потребата за контрацепција. Од ова **дури 85,7 % се постигнати со употреба на модерни методи**. Така, употребата на модерни методи кај оваа потпопулација е 21,1 %, додека традиционалните методи се употребуваат од страна на 3,4 % од оваа група жени. 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, искажана е значително пониска потреба од контрацептивни средства.

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

43 Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2021 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>

Проценка за употреба на модерна контрацепција за 2024 година

Употребата на модерна контрацепција, во основа, се изразува преку неколку индикатори/параметри:

Преваленција на употреба на модерни методи на контрацепција (англ. Contraception prevalence или Contraception prevalence rate – CPR) кај жени во репродуктивна возраст (15 – 49 години) – процент од сите жени на оваа возраст кои користат (или чиј партнер користи) кој било од модерните методи на контрацепција (хормонска контрацепција, спирала, кондом, дијафрагма и други бариерни методи итн.).



Пропорција на жени во репродуктивна возраст (15 – 49 години) кои имаат незадоволена потреба за семејно планирање – овој индикатор не е специфичен само за модерните методи и внесува во себе субјективен параметар „изразена потреба за семејно планирање“. Незадоволена потреба за контрацепција се однесува на жени со репродуктивен потенцијал кои не користат никаков метод на контрацепција, но сакаат да го одложат следното раѓање или сакаат целосно да престанат да раѓаат.⁴⁴

44 Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2021 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>



Пропорција од потребата за семејно планирање, која е задоволена со модерни методи кај жени во репродуктивна возраст (15 – 49 години) – и овој индикатор внесува во себе субјективен параметар „изразена потреба за семејно планирање“, но ја опфаќа само употребата на модерни методи. Процентот на задоволена побарувачка, според МИКС, се дефинира како процентот на жени кои во моментот користат контрацепција во однос на вкупната побарувачка за контрацепција.



Како извор на податоци за овие три индикатори е земена базата на UNFPA, **за 2024 година**⁴⁵, но вреди да се напомене дека вредностите за секоја година поединечно се базираат врз проценки врз основа на утврдени податоци за претходни години.⁴⁶

Со Глобалниот извештај од 2023 г. за Универзална здравствена покриеност, со кој се мерат постигнувањето и напредокот на земјите во однос на индикаторот 3.8 од Целите за одржлив развој,⁴⁷ 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 подиндикатори, е оценета со **индекс 28** (проценката е дадена за 2021 година), при што во светски рамки полош индекс имаат само Албанија, Мавританија, Јужен Судан, Сомалија и Чад.⁴⁸ Се проценува дека **во светски рамки**, 77 % од жените (и нивните партнери) ја задоволуваат потребата од контрацепција со модерни методи, а 8 % со традиционални методи.⁴⁹

Употреба на орална контрацепција

Во светски рамки, од жените (и нивните партнери) кои користат модерни методи на контрацепција, 24 % од вкупниот број на жени користат женска стерилизација, 21 % користат машки кондом, интраутерина вложка – 17 %, **орална контрацепција – 16 %**, инјектибилни форми – 8 %, импланти – 2 %, машка стерилизација – 2 %. Од традиционалните методи, 5 % користат метод на прекинат однос, а 3 % метод на календар.⁵⁰

Според податоците од Мултииндикаторските кластерски истражувања (МИКС), **употребата на орална контрацепција во Македонија кај жени помеѓу 15 и 49 години кои се во брак или во вонбрачна заедница е намалена од 1,6 % на 1,1 %**, споредено во 2018 г. наспрема во 2011 г., употребата на спирала – од 2 % на 1,4 %, а машки кондом во 2011 г. употребувале партнерите на 8,3 % од жените, 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

45 <<https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>>

46 Се претпоставува дека за Македонија тие податоци се добиени со истражувањето МИКС за 2018 година.

47 Универзалната здравствена покриеност во овој извештај се мери преку индекс, изразен на скала од 0 до 100, изведен како просек од 14 подиндикатори на покриеноста со есенцијални здравствени услуги, организирани во 4 дела: 1. репродуктивно здравје, здравје на мајките, новороденчињата и децата; 2. инфективни болести; 3. незаразни 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 подиндикатори, исто така, се изразува како индекс на скала од 0 до 100.

48 WHO. 2023. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>>

49 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). Family Planning Highlights 2020. New York: United Nations.

50 Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г., со податоци земени од UN Department of Economic and Social Affairs. Contraceptive use by method. 2019.

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.

Иако МИКС, како едно од најрелевантните истражувања, го започна епидемиолошкото следење на индикаторите за употребата на контрацепција кај жените кои не се мажени или во врска, сепак ниту во МИКС-истражувањето од 2018 година не се вклучени дисагрегирани податоци за употребата на поединечни модерни методи кај оваа популација. Следствено, не може да се каже дека постојат релевантни податоци за процентот на употреба на орална контрацепција кај жени кои не се мажени или во врска, а адолесцентната популација во најголема мера спаѓа во оваа група.

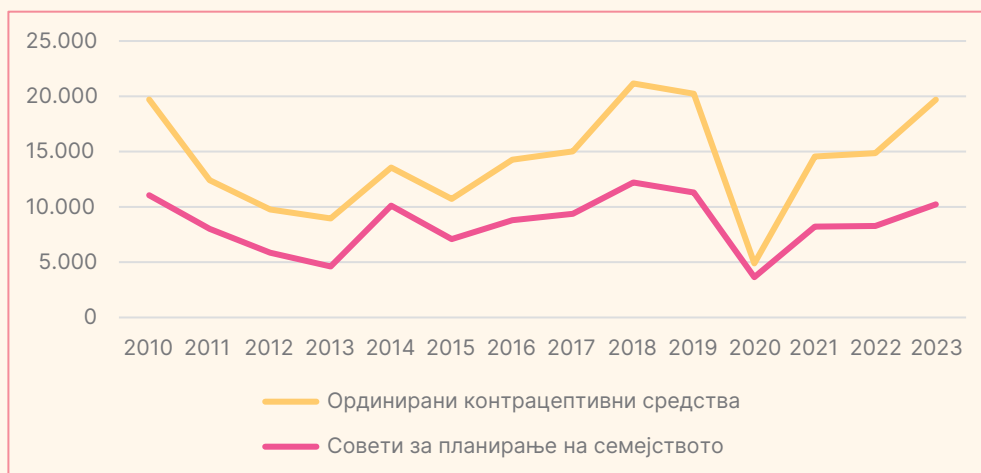
Советување за планирање на семејството

На следниов графикон се прикажани национални 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: Совети за планирање на семејството и ординирани контрацептивни средства во Македонија во 2021, 2022 и 2023 година

Совети за планирање на семејството									Ординирани контрацептивни средства		
Вкупно			Вкупно први			Вкупно први до 19 години					
2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
8.219	8.271	10.235	6.674	5.968	8.856	1.353	1.239	1.627	6.341	6.589	9.460

Графикон 2: Тренд – Совети за планирање на семејството и ординирани контрацептивни средства 2010 – 2023



Во последните 13 години, во ординациите на матичните лекари (главно гинеколози) пријавено е дека се реализирани (не сметајќи ја ковид-годината 2020) помеѓу 4.610 во 2013 г. и 12.208 во 2018 г., при што не може да се воспостави тренд на раст или на пад. 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 од споредба, на пример, со Хрватска (4-5 пати понизок)⁵¹.

51 Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2023. Hrvatski zdravstveno-statisticki ljetopis za 2022 godinu. Zagreb. <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/05/HZSLj_2022_12-2023.pdf>

Преглед на организациските аспекти и на регулативата



Пристап до здравствени услуги – советување за семејно планирање



Во поглед на советувањето за семејно планирање, во Законот за здравствената 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, леуњството и контрацепцијата“ (член 28)⁵². Притоа, со Правилникот нема ограничување дека овие услуги се даваат само кај избрани лекари од областа гинекологија.

Спецификите на конкретните здравствени услуги, кои ќе бидат покриени во рамките на глобалните одредби од Законот за здравственото осигурување, 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“⁵³. 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

52 ФЗОПСМ. Правилникот 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>>

53 Член 54 од Законот за здравственото осигурување.

упатства за медицина заснована врз докази кои, во согласност со современата светска медицинска практика, ги утврдува министерот за здравство.⁵⁴

Во април 2023 година за првпат беше усвоено сеопфатно национално Упатство за семејно планирање, наменето за сите нивоа на здравствена заштита, вклучувајќи и посебни аспекти применливи за избраните лекари во ПЗЗ.⁵⁵

Ова Упатство ги регулира сите принципи на обезбедувањето услуги за семејно планирање, вклучително и посебните аспекти за ранливите групи. Посебно е нагласено дека сите адолесценти и млади, вклучувајќи ги и тие кои живеат со попреченост, живеат со ограничени ресурси или се во хуманитарна ситуација, треба да можат да го добијат полниот опсег на информации за сексуално и репродуктивно здравје, како и асоцираните услуги. Давателите на услугите треба да даваат информации и услуги на адолесцентите и младите без разлика на возраст, пол, социјален статус, културолошко и етничко потекло и др. Услугите за сексуално и репродуктивно здравје би требало да бидат достапни за сите адолесценти и млади. Принципот на доверливост треба целосно да се почитува во процесот на регистрација, консултација и документација. Институцијата во која се обезбедува методот треба да овозможи услови на приватност. Адолесцентите и младите треба да можат да се консултираат со давателот на услуги во релативно краток рок, без разлика дали имаат формално закажано прием. Следејќи ги овие начела, се заклучува дека не е неопходна согласност од родител или од трета страна.

Пристап до лекови – орална контрацепција

Во Македонија пристапот до лекови е овозможен преку неколку правно регулирани механизми. Одредени лекови се финансираат преку буџетот за програмите на Владата, кои ги раководи Министерството за здравство (лекови за ХИВ, за ретки болести, инсулини). Така, 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 многукратни повторливи абортуси. Распределбата 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 жени од ранливи категории. Но во последните години оваа ставка во Програмата се намалува, па така за 2021 и за 2022 достапна е контрацепција преку овој механизам за околу 50 жени годишно.

54 Член 27 од Законот за здравствената заштита.

55 Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.

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), маргинализирани групи (лица без здравствено осигурување, жени и девојки од рурални средини и Ромки). Годишно, преку овој механизам се обезбедува контрацепција просечно за 500-600 жени.

Сепак, главниот стожер на обезбедувањето со лекови и универзалната покриеност со лекови е **Фондот за здравствено осигурување, преку механизмот на Позитивната листа**.

За да се разбере овој механизам, вредно е да се даде осврт прво на поимот **есенцијални лекови (ЕЛ)**. Фундаментален дел од човековото право на здравје е и правото на пристап до есенцијални здравствени технологии со потврден квалитет, вклучувајќи и лекови. Есенцијални лекови 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 дозажна 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.⁵⁶

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 на СЗО** е изготвена во 1977 година, со 208 вклучени лекови, и се ревидира на секои две години.⁵⁷ Последната, 22. верзија, е усвоена во **2021 година** и содржи **479 лека**.

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.⁵⁸ 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.⁵⁹ 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.

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

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

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

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

Листата на лекови, пак, чиј трошок е делумно покриен од страна на Фондот за здравствено осигурување (член 9 од ЗЗО), е т.н. **Позитивна листа на лекови**.

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 (на пр., антиретровирусната терапија, вакцини), а и лекови кои се достапни во државата, но само доколку се купат со сопствени средства (на пр., ивермектин). 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. Ниту на Позитивната листа не се наоѓа ниту еден орален контрацептив, ниту, пак, кое било друго модерно средство за контрацепција е покриено од страна на Фондот.

Во согласност со измените во Законот за здравственото осигурување, кои стапија на сила во јануари 2020 година⁶⁰ и беа дополнети во март 2023 година⁶¹, критериумите за одлучување кој лек ќе биде ставен на Позитивната листа се предвидени со Правилник, кој го носи министерот за здравство, а според кој работи Комисијата за Позитивна листа. Според Законот, Комисијата е составена од 11 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 го одбива Управниот одбор на Фондот, со Одлука што ја потпишува министерот.

Во февруари 2023 година е усвоен **Правилник** за начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот⁶². Според Правилникот, барање за ставање лек на Листата може да поднесе фармацевтската компанија – носител на регистрациското решение. Се претпоставува дека главна причина за ова е што компанијата понатаму е таа која гарантира за редовната достапност и безбедност на лекот кој е ставен на Листата. По исклучок, институциите (Министерството за здравство, Агенцијата за лекови и Фондот) може да поднесат барање за ставање на Листата, но само за нерегистрирани лекови, кои се од значење за јавното здравје.

60 Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување. „Сл. весник на РСМ“ бр. 275, 27.12.2019 г.

61 Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување. „Сл. весник на РСМ“ бр. 60, 17.03.2023 г.

62 Министер за здравство. 2023. **Правилник** за начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија. „Сл. весник на РСМ“ бр. 32, 13.02.2023 г.

Лековите се ставаат на Листата според **бодовна листа со критериуми**, и тоа: терапевтско значење на лекот, значење на лекот од аспект на јавното здравје, фармакоекономски аспекти, етички аспекти и вклученост на листите во референтните земји од регионот. Посебно е битно да се нагласи дека во рамки на етичките аспекти, вклучен е посебен критериум, кој носи дополнителни бодови, а се однесува на „лекови за деца до 18 години и жени, за планирање на семејство, бременост, породување и мајчинство“.

Дали одреден лек ќе биде ставен на Листата во голема мера зависи од препаратите/лековите кои во тој момент/период исто така се аплицирани за Листата и од достапниот буџет на Фондот. Со други зборови, лековите кои во даден момент се аплицирани си „конкурираат“ едни на други за достапниот буџет на Фондот. Сите се оценуваат врз основа на истата бодовна листа и се изготвува ранг-листа со бодови за објективно одлучување.

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 лекови, начинот на пропишување на лекот по препораки од лекар суп/специјалист од соодветна специјалност или од конзилиум на лекари итн.

По донесување на Правилникот и последователното формирање на Комисијата, Позитивната листа е проширена само еднаш, во август 2024 година, со 9 лека по генеричко име, кои се издаваат на рецепт во аптека. Битно е да се нагласи дека пред ова проширување, во последните 12 години на Позитивната листа се ставени само два нови лека.

Цени на лековите

Реален и објективен ограничувачки фактор за пристап до оралната контрацепција е и трошокот за лековите и дали, и покрај ставањето на Листата, тој ќе биде покриен од здравственото осигурување во доволна мера за да обезбеди достапност, посебно за младите лица, кои обично се невработени, или за лицата од социјално ранливите категории. Ваков е примерот во Хрватска, каде што само 2,5-16 % од трошокот за хормонска контрацепција од Позитивната листа е покриен од државата.

За лековите 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.

Но за лековите кои ги покрива Фондот, тој учествува само со еден дел во трошокот, а остатокот од трошокот во форма на партиципација и доплата (за дел од лековите) го покрива корисникот.

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, а во 2018 г. овој индикатор бележи пораст до 42 %. Просекот во истиот период (2018) во регионот на Европа и Централна Азија бил 32,2 %, а во ЕУ – 15,7 %.^{63, 64, 65} Утврдено е дека приватните плаќања во најголема мера – 80 %, се вршат за лековите што ги издаваат аптеките и овој процент е пораснат од 2006 година, кога изнесувал 67 %.

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).⁶⁶

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 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).⁶⁷ 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. За одредени лекови, за кои Фондот пресметал референтна цена која е еднаква со продажната, пациентот не плаќа доплата. 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 за едно пакување на лек кој е на Позитивната листа.⁶⁸ Ослободени од плаќање партиципација се само сигурените лица со попреченост, според прописите за детска заштита и социјална заштита.⁶⁹

Со методологијата која ја користи Фондот за утврдување на референтни цени, овозможено е одредени лекови од Позитивната листа да се групираат, што значи дека за сите лекови од групата Фондот покрива износ колку што чини најевтиниот.

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

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

65 <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>>

66 Влада на РМ. Методологија за начинот на формирање на цените на лековите.
<<https://malmed.gov.mk/методологија-за-хумани-лекови/>>

67 УО на ФЗО. Правилник за утврдување на критериуми и постапка за одредување на референтни цени на лекови. <<https://fzo.org.mk/referentni-ceni-lekovi>>

68 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>>

69 Закон за здравственото осигурување.

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 матичниот (избран) лекар, за одредени лекови тој мора да е препорачан од одреден специјалист или да е наменет за одредена специфична индикација итн.

Достапност на оралната контрацепција во аптеките

Во Македонија нема ниту едно модерно средство за контрацепција на Позитивната листа. Сепак, во аптеките се достапни лекови со 6 различни генерички комбинации, од фармацевтските компании „Баер“ (Bayer) и домашната „Алкалоид“. За сите нив жените треба да платат полна сума. Износот се движи од 165 до 827 денари за месечна терапија. Достапна е и спирала (интраутерин инсерт) со хормони (Mirena, околу 6.800 денари), како и орална комбинација која може да се користи и како итна контрацепција (Diane-Mite 256 денари), односно тоа е т.н. Јузпе метод. Не е повеќе достапен долгодејствувачки контрацептив во форма на инјекција (Depo-Provera), кој чинеше околу 270 денари. Во поглед на итната контрацепција, регистрирани се 4 препарати со активна супстанција levonorgestrel, од кои во аптеките се достапни два и чинат од 760 до 800 денари за 1 таблета. Регистриран е и еден препарат со активна супстанција ulipristal, кој чини околу 1.600 ден. Оралната итна контрацепција е регистрирана да се издава без лекарски рецепт, во согласност со европските стручни препораки.

Пристап до модерна контрацепција во земјите од регионот



Во следново поглавје ќе биде даден преглед на одредени квалитативни и квантитативни процесни индикатори, кои го покажуваат пристапот до услуги за СРЗ и продукти за модерна контрацепција во земјите од регионот. Избрани се Словенија, Хрватска, Србија и Бугарија, како земји кои имаат влијание во одлучувањето за вклученост на Позитивната листа, и кои се референтни во одредување на цените на лековите.

Извори на податоците за пристап се јавно објавените позитивни листи на лекови на здравствените осигурувања, веб-страниците на релевантните национални институции, Европскиот атлас на контрацепција за 2025⁷⁰, Европскиот конзорциум за итна контрацепција (ИК), стандардизирани истражувања какви што се Мултииндикаторското кластерско истражување и Демографското и здравствено истражување, податоците од Популациониот оддел на Обединетите нации⁷¹ и др.

Треба да се истакне Индексот на пристап до модерна контрацепција – индикатор кој се изразува во проценти и кој во себе обединува повеќе аспекти: пристап до самите производи за контрацепција, но и пристап до здравствена услуга и пристап до информации. Тој инкорпорира и податоци за покриеност и пристап за ранливи групи и помлади лица, покриеност на итна контрацепција и долгодејствувачки контрацептив, начин на пропишување итн. Овој индекс е составен и се следи на годишно ниво од Европскиот парламентарен форум за сексуални и репродуктивни права и е објавен во

70 European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights 2025; Contraception Policy Atlas 2025.
<<https://www.epfweb.org/node/1122>>

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

Европскиот атлас на контрацепција⁷². Во оваа анализа се прикажани вредностите за 2025 година.



Овој индекс за Македонија е релативно прифатлив во споредба со земјите од регионот, но тоа се должи на пристапот до советување за семејно планирање, како и пристап до информации, а не на пристапот до самите средства за контрацепција.

Србија

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Србија има ранг од 57 %, 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 долготрива 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.

72 European parliamentary forum for sexual and reproductive rights. <<https://www.epfweb.org/node/1122>> (пристапено на: 01.04.2025). 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.

На **Позитивната листа** (покриени од здравственото осигурување) во Србија се вклучени две орални контрацептивни средства со различен состав. Едниот од нив е LEGRAVAN, т.е. levonorgestrel/ethynilestradiol (истиот состав со Microgynon), кој чини 213 динари (околу 110 денари), но трошокот за него е целосно покриен, а осигуреничката плаќа само партиципација од 50 динари (~25 денари). Вториот орален контрацептив е од поновата генерација, има генеричко име hlormadinon/etinilestradol, чини 926 динари (~460 денари) од кои Фондот покрива само 10 %. Трошоците за оралните контрацептиви се покриваат само доколку се пропишани врз основа на мислење од специјалист гинеколог или ендокринолог.⁷³

Итната контрацепција е достапна, но не е покриена од здравственото осигурување. Достапна е само ИК со levonorgestrel, за која не е неопходен рецепт.⁷⁴

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

Бугарија

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Бугарија има ранг од 54,9 %, 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.).

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

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

Итната контрацепција е достапна, но не е покриена од здравственото осигурување. Таблетите со levonorgestrel чинат околу 16 евра и се достапни без рецепт. Таблетите со ulipristal чинат околу 24 евра за една таблета од 30 mg, достапни се со рецепт и се покриени од здравственото осигурување, но само за други гинеколошки индикации.⁷⁵

Достапни се **онлајн информации** за контрацепција, кои се поддржани од Владата, но оценети се како недоволно квалитетни.

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

74 <<https://www.alims.gov.rs/humani-lekovi/pretrazivanje-humanih-lekova/>>

75 Национален совет по цени и реимбурсирање на лекарствените производи. <<https://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml>> пристапено на: мај 2025.

Хрватска

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Хрватска има ранг од 50,7 %, при што е проценето дека постои **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем (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 долгодејствувачки контрацептив.

Во поглед на **советувањето**, покриеноста е добро оценета, без неопходност од согласност од родител или трета страна; легалниот статус (државјанство, брачна состојба) не е оценет како пречка. Во 2022 г. забележани се 86.607 посети со цел планирање на семејството и/или пропишување на некое од контрацептивните средства во ординациите што имаат договор со Фондот и уште 2.764 во ординациите кои немаат договор со Фондот.⁷⁶

На **Позитивната листа** (покриени од здравственото осигурување) во Хрватска се вклучени орални контрацептивни средства со различен состав – 10 различни генерички комбинации, односно 21 производ од различни производители. Тие во аптека чинат помеѓу 4 и 13 евра за едно месечно пакување⁷⁷, но само еден дел од овој трошок е покриен од здравственото осигурување и доплатата се движи меѓу 3 евра (за etinilestradiol + levonorgestrel) и 10 евра.⁷⁸

Итната контрацепција со levonorgestrel и ulipristal е достапна во аптеките без рецепт, но не е покриена од здравственото осигурување.

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

Словенија

Според рангирањето во Европскиот атлас на контрацепција, Словенија има ранг од 81,3 %, кој во последните години е во постојан пораст. Проценето е дека постои **покриеност со контрацептивни средства** од страна на националниот здравствен систем (осигурување) на повисоко ниво од многу други европски земји. Постојат посебни поволности за помлади лица (до 25 години), исто и за ранливата популација (невработени лица, лица со низок приход итн.). Здравствениот систем покрива и долгодејствувачки контрацептиви.

76 Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2023. HRVATSKI ZDRAVSTVENO-STATISTIČKI LJETOPIŠ ZA 2022. GODINU. Zagreb. <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/05/HZSLj_2022_12-2023.pdf>

77 <<https://www.halmed.hr/Promet-proizvodnja-i-inspekcija/Najvisa-dozvoljena-cijena-lijeka-na-veliko/Popis-lijekova-s-odredenom-najvisom-dozvoljenom-cijenom-na-veliko-i-iznimno-visom-od-najvise-dozvoljene-cijene-na-veliko/>>

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

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.

На **Позитивната листа** (покриени од здравственото осигурување) во Словенија се вклучени орални контрацептивни средства со различен состав – 10 различни генерички комбинации, односно 18 производи од различни производители. Тие во аптека чинат помеѓу 2,6 евра (etinilestradiol + levonorgestrel) и 10 евра за едно месечно пакување, но голем 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 е вклучена и спирала, со скоро целосна покриеност на трошоците, која се употребува во амбулантни услови. Цената на спиралата со прогестерон се движи од 66 до 85 евра.⁷⁹

Итната контрацепција со levonorgestrel и ulipristal е достапна во аптеките без рецепт, но не е покриена од здравственото осигурување. Цената се движи помеѓу 17 и 22 евра.

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

79 <<http://www.cbz.si/>>

Анализа на трошоците и влијание врз буџетот

МЕТОДОЛОГИЈА⁸⁰

Анализата на трошоците и влијанието врз буџетот е направена од перспектива на здравствениот систем, односно давателот на услуги, одразен преку буџетот на Фондот за здравствено осигурување. Таа ги вклучува директните трошоци за услугите кои би ги сноселе здравствените установи од примарна, секундарна и терциерна здравствена заштита, како и трошоците за лекови и материјали. Трошоците за обезбедување на бесплатна или делумно покриена модерна контрацепција, односно орална контрацепција – таблети/капсули, беа споредени со заштедата која би резултирала од спречените медицинско индуцирани абортуси, високоризични бремености и последователни породувања, како и новороденчиња со ниска родилна тежина и компликациите кои се јавуваат како резултат на тоа.

Проекцијата на трошоците и бенефитот се за три години имплементација, од годишна перспектива, претпоставено за годините 2026 – 2028.

Проекција на бројот на корисници на контрацепција во тек на 3 години (2026 – 2028)

Целната група се состои од жени во репродуктивна возраст, од 15 до 49 години.

Пропорцијата (процентот) кој употребува модерна контрацепција е добиен од послед-

80 <<https://hera.org.mk/wp-content/uploads/2020/02/investiciji-vo-zdravstvoto-za-moderna-kontarczczpija-ENG.pdf>>

ното **Мултииндикаторско кластерско истражување (МИКС)**⁸¹ спроведено во 2018 година, во кое се опфатени, меѓу другото, кластери – жени кои се во брак или невенчана заедница и жени кои не се во брак/заедница. Резултатите кои ја покажуваат употребата на модерна контрацепција кај овие две групи се разликуваат, па затоа проекциите во рамките на оваа анализа ќе бидат претставени посебно.

За да се увидат разликите меѓу овие две целни групи, вредно е да се разберат следниве податоци, извадени од последното МИКС:

Табела 2:

	Во брак или невенчана заедница	Не се во брак/заедница
Процент од вкупната целна група	66 %	34 %
Вкупно	100,0 %	100,0 %
Изразена потреба за семејно планирање	70,1 %	24,6 %
Задоволена потреба/побарувачка за семејно планирање	59,8 % од вкупно, т. е. 85,3 % од оние кои изразиле потреба	24,6 % од вкупно, т. е. 100 % од оние кои изразиле потреба
% кој користи традиционални методи	45,6 % од вкупно	3,4 % од вкупно
% кој користи модерни методи	14,0 % од вкупно	21,1 % од вкупно
% кој користи машки кондом	10,0 % од вкупно	нема податок
% кој користи орална контрацепција	1,1 % од вкупно	нема податок
% кој користи друга модерна контрацеп.	2,9 % од вкупно	нема податок

Во МИКС од 2018 година за првпат во Македонија е истражувана групата жени кои се во репродуктивен период, а не се во брак или во заедница. Податоците за оваа целна група се поскупо, па така во МИКС не е изразен процентот на употреба на различните видови модерна контрацепција. Со оглед на тоа што не можеше да се дојде до податок за процентот на употреба на орална контрацепција кај жени кои не се во врска/заедница, за потребите на ова истражување беа направени одредени разумни претпоставки. Имено, со оглед на тоа што меѓу оние кои не се во брак/заедница има значително повисок степен на употреба на модерна контрацепција генерално, процентот на употреба на орална контрацепција исто така е земен на повисоко ниво, односно 1,9 %. Се претпоставува дека и во оваа група најпревалентен метод на модерна контрацепција останува машкиот кондом.

За целите на оваа анализа на трошоците, земени се предвид неколку конзервативни претпоставки:

81 Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2021 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>

*Висок процент од жените кои моментално користат орална контрацепција, а за тоа плаќаат полн износ, би ја искористиле можноста дел од трошоците за неа да бидат покриени од здравственото осигурување.

*Само дел од оние кои моментално не користат орална контрацепција би се одлучиле да ја користат доколку трошоците за неа се целосно или делумно покриени, и тој премин би одел постепено.

*Користењето на ОК кај жени кои се во брак или невенчана заедница би се зголемило од ниво 1,1 %⁸² на 1,3 % во 2026 г., 1,6 % во 2027 г. и 2,0 % во 2028 г.

*Користењето на ОК кај жени кои не се во брак/заедница би се зголемило од ниво 1,9 % на 2,0 % во 2026 г., 2,5 % во 2027 г. и 3,0 % во 2028 г.

Пресметка на трошоците за инвестицијата

Трошоците за инвестицијата вклучуваат: трошоци за лекот/оралната контрацепција на ниво на референтна цена, која би ја плаќал Фондот, на што е додадена маржата за аптеката, како и трошокот за здравствената услуга на лекарот кој го пропишува лекот.

Овој економски модел ќе ја земе претпоставката дека сите комбинации на ОК кои се регистрирани во Македонија ќе влезат на Позитивната листа, при што Фондот за нив ќе го покрива трошокот во износ на најевтината генеричка комбинација на ОК која е регистрирана во Македонија (levonorgestrel + ethinylestradiol 0,15 mg/0,03 mg – познат по неговото заштитено име Microgynon), а остатокот од трошокот ќе биде покриен од самата осигуреничка.

Годишниот трошокот за оралниот контрацептив е пресметан на ниво од 1.590 мкд.⁸³

Трошоците за давањето на здравствената услуга и медицинските прегледи се покриени од страна на здравственото осигурување (Фондот), при што на примарно ниво на здравствена заштита се пресметува капитација за секоја прикрепена жена кај матичниот гинеколог, а за специјалистички прегледи на повисоко ниво на здравствена заштита трошоците се покриваат преку пакети на здравствени услуги. За оваа анализа како трошок за здравствената услуга/прегледот од страна на лекарот (матичен гинеколог и/или специјалист од повисоко ниво на здравствена заштита) се пресметани на ниво на консултативен специјалистички преглед, според ценовникот на здравствени услуги кој го употребува Фондот, односно 380 денари годишно.⁸⁴

82 Со оглед на недостигот на понови податоци, како почетно ниво е земена вредноста од последното издание на МИКС од 2018 г.

83 Годишен трошок = 12x(123 мкд. е регистрирана големопродажна цена на едно месечно пакување Microgynon + 22 % фондовска маржа за аптеките + 5 % ддв – 25 мкд. партиципација која во секој случај треба да ја плати осигуреникот)

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

Пресметка на заштедата

Проценетите потенцијални финансиски придобивки/заштеди се резултат на:

- *избегнати медицински индицирани абортуси и компликации поврзани со тоа;
- *избегнати високоризични бремености и следствените породувања – вагинални или со царски рез, како и компликациите поврзани со тоа;
- *спречени случаи на новороденчиња со мала родилна тежина и компликациите поврзани со тоа.

Здравствените услуги поврзани со овие избегнати состојби се групирани според системот на дијагностичко сродни групи (ДСГ), кој го користи Фондот за пресметка на трошоците за здравствени услуги кои ги имаат болниците. Исто така, висината на трошокот е во согласност со цената пресметана од Фондот на соодветните здравствени услуги според ДСГ⁸⁵:

- *Медицински индициран абортус – просечен трошок: 8.300 денари;
- *Вагинално породување – тежински пресметана просечна вредност: 18.500 денари;
- *Породување со царски рез – тежински пресметана просечна вредност: 42.100 денари;
- *Водење на високоризична бременост – антенатална здравствена заштита: 43.200 денари; оваа вредност е добиена со пресметка на просечните трошоци за сите здравствени услуги во согласност со националното Упатство за антенатална здравствена заштита⁸⁶ и официјалните цени на здравствените услуги на Фондот – 36.000 денари, износ кој е помножен со фактор 1,2, поради тоа што се работи за високоризични бремености;
- *Медицинско згрижување на новороденче со ниска родилна тежина – тежински пресметана просечна вредност: 74.000 денари.

За пресметка на тежинските просеци, користени се податоци за бројот на случаи по ДСГ групи на здравствени услуги, официјално објавени на веб-страната на Фондот како Годишен извештај за работењето на ДСГ⁸⁷, како и податоци официјално доставени од Фондот до ХЕРА во 2018 година. Со оглед на тоа што последните достапни/добиени податоци се за 2017 година, за целите на овој извештај користени се екстраполациски формули за периодот после тоа.

За целите на оваа анализа се земени предвид следниве конзервативни претпоставки поврзани со заштедите:

- *Со зголеменото користење на орална контрацепција ќе се намалат медицински ин-

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

86 Министер за здравство. 2015. Упатство за медицинско згрижување при антенатална грижа. „Службен весник на РМ“ бр. 47, 24.03.2015 г.

87 <<https://fzo.org.mk/izvestaj-rabotenje-dsg>>

дуцираните абортуси за 5 %, високоризичните бремености и последователните породувања – вагинални и со царски рез – за 5 %, како и новороденчиња со ниска родилна тежина (> 2.500 g) за 5 %^{88,89,90}. Овие претпоставки се порезервирани отколку податоците за спречување на наведените состојби, дадени во цитираната литература.

Зголемувањето на опфатот и користењето на орална контрацепција има и други потенцијални здравствени придобивки, кои не се земени предвид при оваа економска анализа:⁹¹

- *намален број на непланирани бремености – не е земен предвид во проценката на придобивките поради недостиг на соодветни податоци;

- *намален број на елективни абортуси и намалени плаќања за нив; ова се смета за многу значајна медицинска придобивка, но не беше земена предвид затоа што перспективата на економската пресметка е здравствениот систем, а трошокот за оваа медицинска интервенција не го сноси Фондот, туку го плаќаат самите жени;

- *заштеди поврзани со плаќањата од џеб за горенаведените здравствени состојби, во услови кога бременоста, породувањето и постпарталната грижа се спроведува во приватните болници и не е на товар на Фондот;

- *избегнати здравствени и општествени трошоци за спречените прерани раѓања за постнеонаталниот период.

Оваа економска анализа не зема предвид друга перспектива освен онаа на давателот/плаќачот на здравствената услуга. Имено, не се земени предвид перспективата на општеството или на корисникот, како и општествените, економските и популациските придобивки:

- *намалено плаќање од џеб за модерна контрацепција;

- * зголемени можности на жените за едукација, вработување и вклученост во општеството;

- *зголемена продуктивност и квалитет на животот;

- *намалено ниво на сиромаштија со придонес на економското јакнење на семејствата, заедницата и државата.

88 US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2017. How many people are at risk of having a high-risk pregnancy?

89 Orr ST et al., Unintended pregnancy and preterm birth. *Pediatric Perinatal Epidemiology*. 2000; 14:309–313.

90 [Peipert JF](#), [Madden T](#), [Allsworth](#), [Secura GM](#). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012 Dec; 120(6): 1291–1297.

91 Cost Savings From the Provision of Specific Methods of Contraception in a Publicly Funded Program - Diana Greene Foster, PhD ,corresponding author Daria P. Rostovtseva, MS, Claire D. Brindis, DrPH, M. Antonia Biggs, PhD, Denis Hulett, BA, and Philip D. Darney, MD. [Am J Public Health](#). 2009 March; 99(3): 446–451.

Пресметка на нето-влијанието врз здравствениот буџет

Нето-буџетското влијание, кое би го имало вклучувањето на оралната контрацепција на Позитивната листа и покривање на дел од трошоците во тек на 3 години, се добива од разликата помеѓу вкупниот трошок за инвестицијата и вкупните заштеди кои би се јавиле како резултат на тоа. Сите пресметки се дадени во националната валута – македонски денар.

РЕЗУЛТАТИ

Број на кориснички и трошоци за инвестицијата

Демографските податоци за групата жени на возраст 15 – 49 години се според податоците од базата МАКСТАТ за периодот 2021 – 2023 г., дадени од Државниот завод за статистика⁹², како и популациските проценки за периодот 2024 – 2028 г., направени исто така од Државниот завод за статистика⁹³. Проценките на бројноста на целната група за периодот 2025 – 2028 година се направени со варијанта кога вредностите на наталитет, морталитет и миграции би биле константни.

Проценките и соодносот за двете групи – 1. жени во брак или невенчана заедница и 2. жени кои не се во брак/заедница, се направени врз основа на податоците во последното издание на МИКС за Македонија.

Табела 3: Жени во репродуктивна возраст 15 – 49 години

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Вкупно	409.784	407.934	399.886	392.200	384.688	377.209	369.816	362.787
Жени во брак или во невенчана заедница (66 %)	270.457	269.236	263.925	258.852	253.894	248.958	244.079	239.439
Жени кои не се во брак/заедница (34 %)	139.327	138.698	135.961	133.348	130.794	128.251	125.737	123.348

Во следната табела е дадена проекција на број на корисници на орална контрацепција, во процент кој е различен за двете целни групи – жени кои се во брак или невенчана заедница и жени кои не се во брак/заедница. Објаснувањето за тоа е дадено во по-

92 <https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat__Naselenie__ProcenkiNaselenie__ProcenkiPopis2021__Proceni31Dekemvri/31122021_MKD_Za_PX.px/>

93 <https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat__Naselenie__Proeckii/125_Popis__Procenki2070_ml.px/table/tableViewLayout2/>

главјето Методологија. Исто така, со оглед на фактот дека бројот на осигуреници во Фондот го надминува бројот на жители според пописот од 2021 г., за целите на оваа анализа беше земена разумната претпоставка дека сите жени се здравствено осигурени, па за целна група беше земено севкупното население на жени во репродуктивен период.

Како почетно ниво на употреба на орална контрацепција е земено нивото од 2018 г., според МИКС-истражувањето, поради недостиг на понови податоци.

Табела 4: Употреба на ОК

	Почетно	2026	2027	2028
Мажени или во невенчана заедница				
Процент	1,1 %	1,3 %	1,6 %	2,0 %
Број	2.793	3.236	3.905	4.789
Не се во брак/заедница				
Процент	1,9 %	2,0 %	2,5 %	3,0 %
Број	2.485	2.565	3.143	3.700
ВКУПНО број на корисници на ОК	5.278	5.801	7.049	8.489

За да се пресмета трошокот за инвестицијата, за секоја од жените (според проценките за бројот на корисници на ОК за периодот 2026 – 2028) е пресметан годишен трошок од 1.590 мкд за самиот контрацептив, како и 380 мкд за прегледот кај лекарот. Објаснувањето за висината на овој трошок е наведено во поглавјето Методологија. Не се очекува намалување на цената на оралниот контрацептив во периодот од три години (2026 – 2028), а за трошокот за прегледот кај лекарот е земена предвид инфлација од 5 % годишно за 2027 и за 2028 година.

Табела 5:

	2026	2027	2028
ВКУПНО број на корисници на ОК	5.801	7.049	8.489
ВКУПЕН годишен трошок за ОК	9.224.344	11.207.422	13.497.853
ВКУПЕН годишен трошок за лекарски преглед	2.204.560	2.812.428	3.548.492
ВКУПЕН трошок за инвестицијата	11.428.905	14.019.850	17.046.345
ВКУПНО за период од три години	42.495.100		

Неопходно е да се нагласи дека ова е трошокот што би бил покриен од Фондот, во висина на најевтиниот орален контрацептив levonorgestrel + ethynilestradiol 0,15 mg/0,03 mg. Жените кои ќе се одлучат за некој од останатите препарати ќе треба да го платат од свој џеб трошокот до нивната полна цена, во вид на т.н. доплата. Износот кој би требало да го покрие жената од свој џеб, според пазарните цени на оралните контра-

цептиви (освен levonorgestrel + ethynilestradiol 0,15 mg/0,03 mg) во април 2025 година, би се движел меѓу 170 и 500 мкд за едно пакување, односно меѓу 2.040 и 6.000 мкд годишно.

Број на услуги и пресметка на заштедите

Бројот на високоризични бремености кај жени во репродуктивна возраст (15 – 49 години) во периодот 2026 – 2028 година, бројот на медицински индицирани абортуси, како и случаи на новороденчиња со ниска телесна тежина е добиен користејќи екстраполациски формули, како што е објаснето во поглавјето Методологија.⁹⁴

Соодносот на високоризични бремености кои завршуваат со вагинално породување, наспрема оние кои завршуваат со царски рез, е добиен како проценка. При нормални (некомплицирани) бремености, податоците покажуваат дека околу 65 % завршуваат со вагинално породување. Бидејќи не можеа да се најдат вакви податоци конкретно за високоризичните бремености, за потребите на оваа анализа беше земен обратен сооднос, со логиката дека поверојатно е (60 %) високоризичните бремености да завршат со царски рез отколку што е тоа случај со нормалните бремености.

Табела 6: Проценет број (проекција) на бремености и поврзани здравствени услуги, покриени од Фондот

	2025	2026	2027	2028
Број на бремености	11.700	10.900	10.100	9.300
Број на високоризични бремености	1.170	1.090	1.010	930
Број на високоризични бремености кои завршуваат со вагинално породување (проценка 40 % од вкупниот број)	468	436	404	372
Број на високоризични бремености кои завршуваат со царски рез (проценка 60 % од вкупниот број)	702	654	606	558
Број на медицински индицирани абортуси	1.790	1.670	1.550	1.430
Број на случаи на новороденчиња со ниска телесна тежина	1.255	1.235	1.215	1.195

94 Извор на податоците за вредностите за 2014 – 2017 година е Фондот за здравствено осигурување на РСМ, официјален допис до ХЕРА, како и веб-страната <www.fzo.org.mk>

Заштеда и влијание врз буџетот

Вкупната финансиска придобивка на интервенцијата се базира врз бројот на избегнати медицински индицирани абортуси (5 %), избегнати високоризични бремености и следствените породувања – вагинални или со царски рез (5 %), и спречени случаи на новороденчиња со мала родилна тежина, како и компликации поврзани со овие состојби (5 %).

Табела 7: Проценет број на избегнати состојби и интервенции

	2026	2027	2028
Број на избегнати високоризични бремености	55	51	47
Број на избегнати високоризични бремености кои завршуваат со вагинално породување (проценка 40 % од вкупниот број)	22	20	19
Број на избегнати високоризични бремености кои завршуваат со царски рез (проценка 60 % од вкупниот број)	33	31	28
Број на избегнати медицински индицирани абортуси	84	78	72
Број на спречени случаи на новороденчиња со ниска телесна тежина	62	61	60

Вкупната заштеда за првата година (2026) е коригирана (-)75 %, бидејќи се претпоставува дека резултатите на интервенцијата се одложени за 9 месеци по вклучувањето на ОК на Листата, а за втората година (2027) корекцијата на придобивките е на ниво (-)25 %, бидејќи се претпоставува дека резултатите од интервенцијата нема да бидат целосно постигнати и во текот на втората година.

Вкупната заштита (избегнати трошоци годишно и во тек на три години), земајќи ги предвид цените по кои Фондот ги пресметува услугите, е следнава:

Табела 8: Трошоци поврзани со проценетиот број на избегнати состојби и интервенции

	Реф. цена Фонд		2026	2027	2028
Трошок поврзан со избегнатите високоризични бремености (антенатална грижа)	36.000 ден.	585 €	490.500 ден.	1.363.500 ден.	1.674.000 ден.
Трошок поврзан со избегнатите високоризични бремености кои завршуваат со вагинално породување (проценка 40 % од вкупниот број)	16.500 ден.	268 €	89.925 ден.	249.975 ден.	306.900 ден.
Трошок поврзан со избегнатите високоризични бремености кои завршуваат со царски рез (проценка 60 % од вкупниот број)	42.100 ден.	685 €	344.168 ден.	978.825 ден.	1.174.590 ден.
Трошок поврзан со избегнатите медицински индицирани абортуси	8.300 ден.	135 €	173.263 ден.	482.438 ден.	593.450 ден.
Трошок поврзан со спречените случаи на новороденчиња со ниска телесна тежина	74.000 ден.	1.203 €	1.142.375 ден.	3.371.625 ден.	4.421.500 ден.
ВКУПНО			2.240.230 ден.	6.446.363 ден.	8.170.440 ден.
ВКУПНО за 3 години			16.857.033 ден.		

Нето-влијанието врз буџетот резултира од разликата меѓу вкупниот трошок за покривање на оралната контрацепција во износ на најевтиниот регистриран контрацептив (трошоци за инвестицијата) и вкупната здравствена придобивка (заштедите, односно избегнатиот трошок) што е резултат на подобрената достапност на орална контрацепција, во периодот од три години по воведувањето на ОК на Позитивната листа.

Табела 9:

	2026	2027	2028	ВКУПНО
Трошоци за инвестицијата	11.428.905	14.019.850	17.046.345	42.495.100
Заштеди/избегнати трошоци	2.240.230	6.446.363	8.170.440	16.857.033
Нето-влијание врз буџетот	-9.188.675	-7.573.488	-8.875.905	25.638.068
ВКУПНО за три години	-25.638.068			

Се заклучува дека обезбедувањето на делумно покривање на трошоците за орална контрацепција, во износ на најевтиниот регистриран контрацептив, резултира со негативно влијание врз буџетот за плаќачот на здравствените услуги, односно Фондот за здравствено осигурување.

Интерпретација на наодите

Карактеристики на технологијата

Оралната контрацепција за која се зборува во овој документ претставува еден од методите за семејно планирање, кој е во форма на таблети и содржи две хормонски компоненти, поради што се нарекува и комбинирана орална контрацепција (КОК). Двете компоненти се синтетски естроген и прогестин (гестаген), кои се слични на природните хормони што се синтетизираат во телото на жената – прогестерон и естроген.

Примарниот ефект од оралната контрацепција – спречување на непланирани бремености, биомедицински е резултат на механизмот на спречување да се ослободи јајце-клетката од овариумите (овулација), а исто така и згуснување на цервикалната слуз, што влијае негативно врз движењето на сперматозоидите.⁹⁵

Таблетите се земаат постојано во текот на периодот во кој контрацепцијата е посакуваниот исход.

Оралната контрацепција спаѓа во групата на модерни методи, кои за разлика од традиционалните методи на семејно планирање, имаат многу поголема ефикасност во примарниот ефект – спречување на непланирани бремености. Имено, ако при употреба на традиционалните методи (метод на повлекување и периодична апстиненција) се случуваат реално 15-20 бремености на 100 жени кориснички годишно, кај таблетите овој параметар се движи помеѓу 0,3 и 7 бремености на 100 жени кои ги употребуваат. Варијациите во ефикасноста се во корелација со тоа дали жената ги зема таблетите редовно и според упатството. Секако, постојат и други уште поефективни модерни методи, а тоа се оние кај кои начинот на примена е помалку подложен на субјективни варијации – спирала, долгодејствувачки инјектабилни хормонски контрацептиви, импланти.

⁹⁵ Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.

Оралната контрацепција е средство кое е прифатливо за жените затоа што им дава слобода да одлучуваат за својата состојба, употребата станува рутинска и не ја нарушува спонтаноста на сексот, а ефектот се добива веднаш по примената, доколку се администрира во првите 5 дена од менструалниот циклус. Тоа се карактеристики кои во голема мера ги прават таблетите поприфатливи од другите модерни методи.

Сепак, токму начинот на употреба на оралната контрацепција, при што жената треба секој ден во одредено време да зема по една таблета, па можни се субјективни грешки во редовноста на примената, влијаат врз ефективностa на методот за спречување на непланирани бремености. Затоа, одредени земји, освен оралната контрацепција, во своите листи на покривање вклучуваат и долгодејствувачки контрацептиви, како што се инјектабилните контрацептиви, спирала итн. Освен ова, постојат и други ограничувања на оралната контрацепција. Контрацептивната ефикасност на таблетите е намалена доколку клиентката прима одредени лекови, а и во услови на гастроентеритис, повраќање и дијареја. Оралната контрацепција не дава заштита од сексуално преносливи инфекции, вклучително хепатитис Б и ХИВ, ограничување кое е надминато кога се употребува, на пример, кондомот како контрацептивно средство.

Останатите ефекти од оралната контрацепција имаат големо значење кога се развива дискусија околу одлуката дали оваа технологија да биде покриена од здравствените буџети. Планирањето на семејството генерално го **намалува бројот на абортуси**, а овој ефект е дотолку поголем колку што е повисока ефикасностa на методот на семејно планирање. Колку е поефикасен методот во спречување на непланирани бремености, толку е повисока користа на тој метод за намалување на несаканите ефекти и на траумата за жените и семејствата, предизвикани од абортусите. Ова е посебно битно за адолесцентната популација, која е поподложна на здравствени последици од несаканите бремености, но и на проблеми со менталното здравје и социо-економски последици. Здравствените проблеми се уште поверојатни ако адолесцентката забрмени брзо по влегување во пубертетот. Сепак, адолесцентите ги имаат најголемите пречки во пристапот до здравствени информации и услуги за репродуктивно здравје.

Во останатите ефекти од оралната контрацепција се вбројуваат **зачувувањето на фертилноста и оптимизирањето на здравјето пред планираната бременост**, што е сè позначајно во општества во кои жените го одлагаат раѓањето, па затоа е зголемен ризикот од настанување на состојби што ги засегаат плодноста, бременоста и исходот од бременоста. Планирањето на семејството може да го **превенира матеарналниот морталитет и морбидитет** преку одлагање на бременоста, одржување на оптимално растојание меѓу две бремености, спречување на непланирани и високоризични бремености и прекини на бременоста. Планирањето на семејството и обезбедувањето соодветно растојание меѓу бременостите може да ја намали **неонаталната, доенечката и смртноста кај децата до 5 години**, преку намалување на можноста за предвремено раѓање и раѓања на деца со ниска родилна тежина.

Хормонските контрацептиви, меѓу кои е и оралната контрацепција, го намалуваат ризикот од одредени видови карциноми, како што се канцер на овариум и ендометриум, регулираат **дисменореја**, обемни менструални крварења, анемија, се користат и во третман на **ендометриоза**, намалуваат ризик од симптоматска пелвична инфламаторна болест, помагаат при акни и влакнаност (хирзутизам).

Во поглед на безбедноста на технологијата, како и секој препарат кој содржи компонента класифицирана во групата на лекови, освен придобивката што ја има за корисниците, има и несакани дејства, кои се јавуваат во различен степен и зачестеност. Некои од несаканите дејства се позначајни кај лица со одредена здравствена или друга состојба (на пр., бременост, возраст, пери/менопауза, попреченост, мобилни популации итн.). Освен тоа, секој лек има и свои контраиндикации, односно состојби при кои не смее да се употребува. Сепак, медицинската и фармацевтската заедница применуваат мерки со кои ќе се намали ризикот од несакани ефекти и ќе се зголеми безбедноста на употребата и сигурноста и довербата во фармацевтските препарати.

Низ годините на развој на оралните контрацептивни препарати, количината на естроген што ја содржат се намалувала на пониски и побезбедни концентрации, со што се намалила и фреквенцијата на појава на несакани ефекти. Во РСМ достапни се орални контрацептивни средства со **ниски и со ултраниски** дози на естроген.

Исто така, во усвоеното национално **Упатство за семејно планирање**, кое е наменето да се применува, пред сè, од страна на гинеколозите, но и од други профили вклучени во здравствената грижа на жените, посветено е сериозно внимание на безбедноста при пропишувањето и употребата на секој од методите на контрацепција, вклучително и оралната контрацепција. Со цел да се намали ризикот од употребата на оралната контрацепција кај секоја жена посебно, предвидено е лекарите да употребуваат точно уредени принципи на индивидуална проценка, т. е. евалуација на клиентката. Примарната цел на проценката е да се одреди дали жената е бремена, дали има контраиндикации кои влијаат врз медицинскиот избор да се започне или продолжи користењето на одреден метод на семејно планирање, и дали има медицински проблеми кои бараат дополнителна евалуација, третман или редовно следење. Експертските работни групи на Светската здравствена организација (СЗО) периодично ги ревидираат достапните научни информации за безбедноста на контрацептивните методи и донесуваат препораки за критериумите за нивна употреба во различни ситуации, т.н. Критериуми на медицинска подобност (КМП, англ. Medical Eligibility Criteria, MEC).

Епидемиологија/употреба на технологијата

Според базата на ОН, агрегираните податоци за преваленца на употреба на модерни методи за контрацепција **кај сите жени во репродуктивен период изнесува 16,3 %** (податок за 2018 г.), со предвидена тенденција на зголемување.⁹⁶ Според базата на податоци на УНФПА⁹⁷ **за 2018 година**, процентот од сите жени во репродуктивна возраст, **кои својата потреба од методи за семејно планирање ја задоволуваат со модерни методи, изнесува 29,6 %**.

96 <<https://population.un.org/dataportal/countryProfiles/types/1/topics/5/coreThemes/1/locations/807?classId=reg&palette=Blues&secpalette=alphabet2>>

97 <https://pdp.unfpa.org/?country=807&data_id=dataSource_8-6%3A180%2CdataSource_8-1%3A2%2B10%2B11%2CdataSource_8-2%3A97%2CdataSource_8-5%3A8215&page=Explore-Indicators>

Иако во Македонија е забележан пораст на **вкупната преваленција (стапка на употреба) на контрацепција** од 40,2 % во 2011 г.⁹⁸ на 59,9 % во 2018 година⁹⁹, како и намалување на незадоволената потреба за семејно планирање кај **жени кои се во брак или во вонбрачна заедница**, сепак, се забележува дека тој „напредок“ е постигнат со примена на традиционални методи на контрацепција, во најголема мера методот на „повлекување“. Имено, иако преваленцијата на употреба на модерни методи на контрацепција кај оваа група жени 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 методи – од 24,3 % во 2011 г. на 19,9 % во 2018 г.

За првпат во 2018 година, со Мултииндикаторското кластерско истражување на УНИЦЕФ, се мери преваленцијата на употреба на контрацепција кај **жени кои не се во брак/заедница**, што е исклучително битно, зашто во оваа целна група спаѓаат и најголемиот дел од адолесцентите. 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, а тоа се **21,1 % од оваа популација**. 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.

Според проценки на УНФПА, употребата на модерни методи за семејно планирање во Македонија е една од најниските во Европа и пошироко во светски рамки, а тоа е потврдено со неколку индикатори, кои ова го опишуваат од различен аспект:

Проценетите 21 % **кориснички на модерни методи на контрацепција** во 2024 г., од сите жени на возраст од 15 до 49 години, иако е повисока бројка од реално утврдените 16,3 % во 2018 г., сепак е повеќе од двојно пониска од проценетиот просек во Европскиот Регион, 2,5 пати пониска од процентот во Словенија, Бугарија, Турција, а значително пониска е и од Србија и Хрватска.

Од европските земји единствено Црна Гора, Албанија, Молдавија и Белорусија имаат повисока **пропорција на жени во репродуктивна возраст (15 – 49 години) кои имаат незадоволена потреба за семејно планирање**.

Албанија е единствената земја во Европскиот Регион во која жените **помалку употребуваат модерни методи на контрацепција** (изразено како процент од вкупниот број) од нашата, а на глобално ниво тоа се само 14 земји, главно од африканскиот континент.

Со Глобалниот извештај од 2023 г. за **Универзална здравствена покриеност**, со кој се мери постигнувањето и напредокот на земјите во однос на **индикаторот 3.8 од**

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

99 Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2021 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>

Целите за одржлив развој¹⁰⁰, утврдено е дека **Потребата за семејно планирање задоволена со модерни методи**, како една од 14-те поединдикатори, за нашата земја е оценета со **индекс 28** (проценката е дадена за 2021 година), при што во светски рамки полош индекс имаат само Албанија, Мавританија, Јужен Судан, Сомалија и Чад. Се проценува дека **во светски рамки**, 77 % од жените (и нивните партнери) ја задоволуваат потребата од контрацепција со модерни методи, а 8 % со традиционални методи.¹⁰¹

Во светски рамки, од жените (и нивните партнери) кои употребуваат модерни методи на контрацепција, 24 % користат женска стерилизација, 21 % користат машки кондом, интраутерина влошка – 17 %, **орална контрацепција – 16 %**, инјектибилни форми – 8 %, импланти – 2 %, машка стерилизација – 2 %.¹⁰²

Според податоците од Мултииндикаторските кластерски истражувања (МИКС), **употребата на орална контрацепција во Македонија кај жени помеѓу 15 и 49 години кои се во брак или вонбрачна заедница е намалена од 1,6 % во 2011 г. на 1,1 % во 2018 г.**, употребата на спирала – од 2 % на 1,4 %, а машки кондом во 2011 г. употребувале партнерите на 8,3 % од жените, 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**.

Во однос на употребата на различните модерни методи од страна на **жените кои не се мажени или во врска**, вклучително и најголем дел од адолесцентната популација, не може да се каже дека постојат релевантни податоци. Ниту МИКС-истражувањето од 2018 година не вклучува вакви дисагрегирани податоци.

Во Македонија во последните 15 години највисоката бројка на евидентирани **советувања за планирање на семејството** од страна на матичните лекари е околу 12.200 (за 2018 година), а најниската е 4.600, па не може да се воспостави тренд на растење или опаѓање. Дури и ако се земе највисоката бројка од 2018 година, може да се каже дека

100 Универзалната здравствена покриеност во овој извештај се мери преку индекс, изразен на скала од 0 до 100, изведен како просек од 14 поединдикатори на покриеноста со есенцијални здравствени услуги, организирани во 4 дела: 1. репродуктивно здравје, здравје на мајките, новороденчињата и децата; 2. инфективни болести; 3. незаразни 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 поединдикатори, исто така, се изразува како индекс на скала од 0 до 100.

101 Извор: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). Family Planning Highlights 2020. New York: United Nations.

102 Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г., со податоци земени од UN Department of Economic and Social Affairs. Contraceptive use by method. 2019.

тоа е исклучително ниско, што може да се заклучи со споредба, на пример, со Хрватска (4-5 пати понизок). Ова не е зачудувачки и се надоврзува на податоците за употреба на модерна контрацепција. Сепак, со оглед на тоа дека веќе има усвоено Упатство за семејно планирање, чии примарни корисници се матичните гинеколози, потребна ќе биде евалуација на неговото спроведување. Основен предуслов за ова би биле и евалуација и оценка на системот и начинот на евиденција и собирање на податоците за остварени прегледи за семејно планирање.

Организациски аспекти и регулатива

Здравствените услуги за сексуално и репродуктивно здравје, меѓу кои и превентивни мерки за „заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата“, се во дефинираниот опфат на примарната здравствена заштита, при што нема ограничување дека овие услуги се даваат само кај избрани лекари од областа гинекологија. Спецификите на конкретните здравствени услуги се дефинирани со **„медицина базирана врз докази“**. Тоа значи дека дејноста во здравствените установи се извршува од здравствените работници и здравствените соработници задолжително во согласност со стручни упатства за медицина заснована врз докази кои, во согласност со современата светска медицинска практика, ги утврдува министерот за здравство.

Во април 2023 година за првпат беше усвоено од страна на министерот, и објавено во „Службен весник“, сеопфатно национално Упатство за семејно планирање, наменето за сите нивоа на здравствена заштита, вклучувајќи и посебни аспекти применливи за избраните лекари во ПЗЗ.¹⁰³ Тоа ги регулира сите принципи на обезбедувањето услуги за семејно планирање, вклучително и посебните аспекти за ранливите групи. Посебно е нагласено дека **сите адолесценти и млади**, вклучувајќи ги и оние кои живеат со попреченост, живеат со ограничени ресурси или се во хуманитарна ситуација, треба да го добијат полниот опсег на информации за сексуално и репродуктивно здравје, како и асоцираните услуги. Давателите на услугите треба да даваат информации и услуги на адолесцентите и младите без разлика на возраст, пол, социјален статус, културолошко и етничко потекло и др. Услугите за сексуално и репродуктивно здравје би требало да бидат достапни за сите адолесценти и млади. Принципот на доверливост треба целосно да се почитува во процесот на регистрација, консултација и документација. Институцијата во која се обезбедува методот треба да овозможи услови на приватност. На адолесцентите и младите треба да им се овозможи да се консултираат со давателот на услуги во релативно краток рок, без разлика дали имаат формално закажано прием или немаат.

Сепак, по донесување на Упатството, сè уште нема направено евалуација на неговата примена и сè уште не се објавени официјалните податоци за реализирани прегледи за семејно планирање за 2024 година.

¹⁰³ Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“, бр. 75, 07.04.2023 г.

Во поглед на пристапот до средствата за комбинирана орална контрацепција, кои претставуваат фармацевтски препарати/лекови, кои се издаваат на рецепт во аптека, државата во моментот не ги покрива трошоците за ниту една од 6-те различни генерички комбинации регистрирани во земјава. Не се покриваат ни другите модерни средства. Единствено бесплатна модерна контрацепција, вклучително и таблети, е достапна само до ограничена група жени од социјално ранливи категории и жени со многукратни повторливи абортуси. Таа е достапна за околу 150 жени годишно, и тоа преку здравствени установи од секундарно и терциерно ниво (Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, општите и клиничките болници и Специјалната болница за гинекологија и акушерство „Мајка Тереза“).

Препарати за орална контрацепција не се вклучени ниту во националната Листа на есенцијални лекови неопходни за спроведување на здравствената заштита од 2015 година, иако Модел-листата на есенцијални лекови на СЗО содржи неколку орални контрацептивни средства.

За да се обезбеди пристап до лекови, според начелото на еднаквост во остварување на здравствените права, неопходно е лекот да биде дел од Позитивната листа на лекови. Ова е валидно и за средствата за орална контрацепција. Во согласност со Правилникот за начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, постојат критериуми чие исполнување се бодува според бодовна листа од страна на назначена Комисија. Барање/апликација за да се најде на разгледување на Комисијата, заедно со цела придружна документација за фармацевтскиот препарат, односно оралниот контрацептив, треба да поднесе фармацевтската компанија – носителот на регистрациското решение. Се претпоставува дека главна причина за тоа е што понатаму токму компанијата ги гарантира редовната достапност и безбедност на лекот што е ставен на Листата. Во моментот регистрираните препарати се на две компании – домашната „Алкалоид“ и „Баер“.

Дали одреден лек ќе биде ставен на Листата во голема мера зависи од препаратите/лековите кои во тој момент/период исто така се аплицирани за Листата и од достапниот буџет на Фондот. Со други зборови, лековите кои во даден момент се аплицирани, си „конкурираат“ едни на други за достапниот буџет на Фондот. Сите се оценуваат врз основа на истата бодовна листа, и треба да се изготви ранг-листа со бодови за објективно одлучување до каде во даден момент Фондот е буџетски моќен да ја стави границата. Објективен предизвик во овој момент во процесот на одлучување за вклучување на орален контрацептив, но и за кој било друг лек на Позитивната листа, е фактот што во период од 14 години (од 2011 година) на Листата се ставени само 11 нови генерики (една во 2011 г., една во 2014 г. и 9 во 2024 година, по усвојувањето на новиот Правилник). Тоа значи дека во постапка за вклучување на Листата се многу од терапиите кои се изоставени во овој долг период, а со тоа и „натпреварувањето“ за буџетските средства станува исклучително комплицирано.

Во Позитивната листа, при вклучувањето на одреден лек, може да се назначат и ограничувања во поглед на целна група според возраст или други карактеристики на популацијата, начинот на пропишување на лекот по препораки од лекар суп/специјалист од соодветна специјалност итн. Оваа можност би требало да биде разгледана кога се зборува за ставање на орална контрацепција на Листата.

Голем дел од критериумите по кои Комисијата би одлучувала се опфатени во овој извештај, што би требало да ја олесни понатамошната постапка на чинителите во процесот. Предвидените критериуми се терапевтско значење на лекот, значење на лекот од аспект на јавното здравје, фармакоекономски аспекти, етички аспекти и вклученост на листите во референтните земји од регионот.

Друг реален и објективен ограничувачки фактор за пристап до оралната контрацепција е и **трошокот за лековите** и дали, и покрај ставањето на Листата, тој ќе биде покриен од здравственото осигурување во доволна мера за да обезбеди достапност, посебно за младите лица кои обично се невработени, или за лицата од социјално ранливите категории. Освен за лековите кои се покриваат преку програма и бесплатно се издаваат во јавните здравствени установи, за лековите кои ги покрива Фондот трошокот е само делумно покриен, а остатокот во форма на партиципација и доплата (за дел од лековите) го покрива корисникот. Партиципацијата се плаќа скоро за сите лекови и обично не е повисока од 15 %. Разликата помеѓу продажната цена на лекот и референтната цена (цената одредена од страна на Фондот) е, всушност, **доплатата** што ја плаќа пациентот. За одредени лекови, за кои Фондот пресметал референтна цена која е еднаква со продажната, пациентот не плаќа доплата.

Со методологијата која ја користи Фондот за утврдување на референтни цени, овозможено е одредени лекови од Позитивната листа да се групираат, што значи дека за сите лекови од групата Фондот покрива износ колку што чини најевтиниот. Оваа можност може да се искористи за препаратите од групата на орални контрацептиви, со што на осигуреничките би им се овозможил избор на различно орално контрацептивно средство, а тоа не би претставувало повисок трошок за Фондот.

Состојба во земјите од регионот

Иако Македонија има релативно прифатлив индекс на пристап до модерна контрацепција во споредба со земјите од регионот, сепак, тоа се должи на пристапот до советување за семејно планирање, како и на пристапот до информации, а не на пристапот до самите средства за контрацепција. Имено, во земјите кои се земени како референтни (Србија, Хрватска, Словенија и Бугарија), здравствените буџети покриваат во поголема или помала мера орални и други модерни контрацептивни средства, освен во Бугарија. Најголема покриеност – како во поглед на опфатот на различни орални контрацептиви така и во поглед на висината на трошокот кој е покриен – има во Словенија, која одлично рангира и во европски рамки. На словенечката Позитивна листа е вклучена и спирала со хормонска компонента. И во Хрватска на Позитивната листа се вклучени голем дијапазон на контрацептиви, но трошокот за нив е покриен во низок процент, па доплатата е релативно висока. На Позитивната листа (покриени од здравственото осигурување) во Србија се вклучени две орални контрацептивни средства со различен состав, при што трошокот за поевтиниот (што е со ист состав како Microgynon) е покриен скоро во целост, додека за вториот е покриен само 10 %.

Анализа на трошоците и влијание врз буџетот

Преку анализа на трошоците и влијанието врз буџетот, направена од перспектива на здравствениот систем/односно давателот на услуги, одразен преку буџетот на Фондот за здравствено осигурување, се заклучи дека обезбедувањето на делумно покривање на трошоците за орална контрацепција, во износ на најевтиниот регистриран контрацептив, резултира со негативно влијание врз буџетот за плаќачот на здравствените услуги, односно Фондот за здравствено осигурување. Имено, со проценки и моделирање беше утврдено дека **за период од три години** Фондот би вложил 42,5 милиони денари за инвестицијата, но тоа би создало заштеди/избегнати трошоци од 16,85 милиони, па **нето-влијанието врз буџетот би било 25,64 милиони денари**. Овие економски параметри се пресметани преку модел, во кој со ставање на групата лекови – орални контрацептиви на Позитивната листа, би се постигнало зголемување на употребата на орална контрацепција кај жени во репродуктивна возраст (од 15 до 49 години) за 70-80 % во тек на три последователни години (од базична вредност 1,1 % на 2,0 %). Но тоа би создало заштеда за здравствениот систем, која би резултирала од спречени медицинско индуцирани абортуси, високоризични бремености и следствени породувања, како и новороденчиња со ниска родилна тежина и компликации што се јавуваат како резултат на тоа.

При оваа анализа како целна група за која би се обезбедила орална контрацепција е земена целата женска популација во репродуктивна возраст (од 15 до 49 години). Моделот на анализата предвидува дека сите орални контрацептиви кои се регистрирани во Македонија ќе влезат на Позитивната листа, при што Фондот за нив ќе го покрива трошокот во износ на најевтината генеричка комбинација регистрирана во Македонија (levonorgestrel + ethinylestradiol 0,15 mg/0,03 mg – познат по неговото заштитно име Microgynon), а остатокот од трошокот ќе биде покриен од самата осигуреничка.

Мора да се земе предвид дека при оваа анализа не се земени предвид други потенцијални здравствени бенефити од зголемувањето на опфатот и користењето на орална контрацепција: *намален број на елективни абортуси и намалени плаќања за нив; ова се смета за многу битна медицински бенефит, но не беше земена предвид, бидејќи перспективата на економската пресметка е здравствениот систем, а трошокот за оваа медицинска интервенција не го сноси Фондот, туку жените го плаќаат од џеб; *заштеди поврзани со плаќањата од џеб за горенаведените здравствени состојби, во услови кога бременоста, породувањето и постпарталната грижа се спроведува во приватните болници и не е на товар на Фондот; *избегнати здравствени и општествени трошоци за спречените прерани раѓања за постнеонаталниот период.

Оваа економска анализа не зема предвид друга перспектива освен онаа на давателот/плаќачот на здравствената услуга. Имено, не се земени предвид перспективата на општеството или на корисникот, и општествените, економските и популациските придобивки: *намалено плаќање од џеб за модерна контрацепција; *зголемени можности на жените за едукација, вработување и вклученост во општеството; *зголемена продуктивност и квалитет на животот; *намалено ниво на сиромаштија со придонес за економско јакнење на семејствата, заедницата и државата.

ПРЕПОРАКИ

Оваа Адаптирана проценка на здравствени технологии и прегледот на докази валидни за локалниот контекст треба да им помогне на чинителите во здравствениот систем, носителите на одлуки, фармацевтските компании и граѓанските организации да донесат рационални и објективни одлуки за понатамошните активности во насока на подобрување на пристапот до орална контрацепција, како модерен метод на семејно планирање, базиран врз начелото на рамноправност и инклузивност за најранливите.

Земајќи предвид дека:

- оралната контрацепција е еден од **најприфатените модерни средства** за семејно планирање, пред сè, поради нејзината **ефикасност и рутинска употреба**, која им дава на жените слобода да одлучуваат за својата состојба и не ја нарушува спонтаноста на сексот,
- колку е поефикасен методот во спречување на непланирани бремености, толку е повисок бенефитот на тој метод за намалување на несаканите ефекти и на траумата за жените и семејствата предизвикани од **абортусите**, што е посебно битно за адолесцентната популација, која е поподложна на здравствени последици од непланираните бремености, но и на проблеми со менталното здравје и социо-економски последици, а има најголеми пречки во пристапот до здравствени информации и услуги за репродуктивно здравје,
- оралната контрацепција има и низа **други здравствени придобивки**, посебно во зачувувањето на фертилноста и оптимизирањето на здравјето пред планираната бременост, превенција на матерналниот и доенечки морталитет и морбидитет; ова е сè позначајно во општества во кои жените го одлагаат раѓањето, па затоа е зголемен ризикот од настанување на состојби кои ги засегаат фертилитетот, бременоста и исходот од бременоста,
- ризикот од **несакани дејства** за индивидуата која ја употребува оралната контрацепција е минимизиран, преку достапноста на препарати со ниски и ултраниски дози на естроген, но и намалување на индивидуалниот ризик од употребата на оралната контрацепција од страна на лекарите преку следење на точно уредени принципи на индивидуална проценка, т. е. евалуација на клиентката, предвидени со усвоеното национално Упатство за семејно планирање,

но и фактот дека

- употребата на модерни средства за семејно планирање се смета за едно од клучните постигнувања во напорите за **обезбедување на универзална здравствена заштита**, а Македонија е на дното во поглед на степенот на употребата на модерна контрацепција во светски рамки,
- осврнувајќи се на уште еден индикатор за обезбедување на универзална здравствена заштита, Македонија во 2014 година имала проценет удел од 36,7 % на **приватните плаќања од џеб** на семејствата, како процент од вкупниот трошок за здравството, а во 2018 г. овој индикатор бележи пораст до 42 %, од кои е утврдено дека најголемиот дел се за лековите што ги издаваат аптеките. Просекот во истиот период во регионот на Европа и Централна Азија бил 32,2 %, а во ЕУ – 15,7 %.
- и покрај тоа што **советувањата за планирање на семејството** се вклучени во основниот здравствен пакет кој го покрива државата, а донесено е и сеопфатно национално Упатство по медицина базирана врз докази, кое посветува особено внимание на советувањето, особено на младите и адолесцентите, сепак евидентирани се исклучително низок број советувања за планирање на семејството од страна на матичните лекари (меѓу 4.600 и 12.200 советувања годишно во последните 13 години; за споредба, во Хрватска, која е држава со двојно повеќе жители, се евидентираат десеткратно повеќе советувања поврзани со контрацепција, стерилитет или зачнување – околу 80.000 годишно),
- **трошокот за оралната контрацепција** не е покриен од државата, и покрај бројни меѓународни препораки за тоа, како начин за остварување на индивидуалните права на граѓаните, пред сè, на жените,
- преку **програма на Владата** и Министерството за здравство се овозможени комплетно бесплатни модерни средства за контрацепција за жени од ранливи категории, но тоа право е ограничено на само 150 жени, а за негово остварување тие мора да се обратат до здравствени установи од секундарното и терцијерното здравство,
- механизмите за ставање на **лекови на Позитивната листа** во моментот се активни, а производителот има голема улога во гарантирање на достапноста и безбедноста на лекот,
- Споредбата со **референтните земји** Србија, Хрватска, Словенија и Бугарија покажува дека Македонија значително заостанува во пристапот до современа контрацепција. Во Србија постои модел на покривање на трошокот за лекот од страна на Фондовите, до цената на најевтиниот препарат; во Хрватска и Словенија повеќе препарати се достапни со делумна или со целосна рефундација; а Словенија има најширока покриеност (18 производи). Единствено во Бугарија трошокот за оралната контрацепција не е покриен од задолжителното здравствено осигурување. Овие искуства потврдуваат дека постојат изводливи модели што може да се применат и во Македонија,

- постојат силни **етички аргументи** за покривање на трошоците за модерни методи на контрацепција, посебно кај жените од социјално ранливите категории, адолесцентките и младите жени,
- обезбедувањето на делумно покривање на трошоците за орална контрацепција за сите жени во репродуктивна возраст (од 15 до 49 години), во износ на најевтиниот регистриран контрацептив, би резултирало со негативно **влијание од 25,6 милиони денари врз буџетот** на плаќачот на здравствените услуги, односно Фондот за здравствено осигурување. Проектирано е дека за период од три последователни години Фондот би вложил 42,5 милиони денари за инвестицијата, со што би се постигнало зголемување на употребата на орална контрацепција за околу 70 % (од базична вредност околу 5.300 на 8.500 кориснички во 2028 г.). Тоа би создало заштеди/избегнати трошоци за здравствениот систем од 16,85 милиони денари, кои би резултирале од спречените медицинско индуцирани абортуси, високоризични бремености и следствени породувања, како и новороденчиња со ниска родилна тежина и компликации кои се јавуваат како резултат на тоа, за 220-250 жени годишно,
- моменталната регулатива дава опции за повеќе **модалитети на покривање на трошоците** за фармацевтските препарати, преку ограничувања во поглед на целна група според возраст или други карактеристики на популацијата, начинот на пропишување на лекот по препораки од лекар суп/специјалист од соодветна специјалност итн., но и одредување на референтна цена на ниво на **група на производи**, уредување на ослободувањето од партиципација со посебна програма итн,
- подобрувањето на употребата на модерни методи за семејно планирање би имало позитивно економско влијание доколку се земе предвид перспективата на општеството или на корисникот, како и **општествените, економските и популациските придобивки**, во поглед на намалено плаќање од џеб за модерна контрацепција, зголемени можности на жените за едукација, вработување и вклученост во општеството, зголемена продуктивност и квалитет на животот, намалено ниво на сиромаштија со придонес за економско јакнење на семејствата, заедницата и државата,

се препорачува

- Воспоставување консензус за заеднички интерес со производителите, со што би се започнал процесот на **ставање група орални контрацептивни средства со различен состав на Позитивната листа** за подигнување во аптека со рецепт од матичен гинеколог, со ниво на покривање на трошокот до најевтиниот од нив, слично на принципот на покривање на оралната контрацепција во Србија. Со ова, бројот на кориснички во Македонија би пораснал од проценетите 5.300 на 8.500 до 2028 година, што е **зголемување за 70-80 %**;
- Да се обезбеди орална контрацепција **за жени во репродуктивна возраст (15 – 49 години)**, а во услови на ограничени буџетски средства приоритет да се даде на **адолесцентките и младите жени**. Токму тие имаат најголем ризик од

непланирана бременост, а воедно се и најмалку опфатени со услуги за семејно планирање;

- Додека трае процесот на воспоставување на системот преку Позитивната листа, да продолжи обезбедувањето на бесплатни средства за модерна контрацепција **преку Програмата на Владата** и Министерството за здравство. Со вклучувањето на оралната контрацепција на Позитивна листа, треба да се задржи поддршката со обезбедување на останатите методи (спирали, кондоми), а за оралните контрацептиви со Програмата да се предвиди правото на ослободување од партиципација за жени од социјално ранливи категории;
- Да се воведат **дигитални алатки за следење на примената на Упатството за семејно планирање** од страна на лекарите. Ова ќе овозможи добивање на квантитативни и квалитативни податоци (број на советувања, број на прописани рецепти, профил на корисници), ќе се идентификуваат слабостите и ќе се овозможи навремена интервенција.;
- Да се вклучи граѓанскиот сектор во соработка со здравствените работници на примарно ниво (матични лекари и фармацевти во аптека) во **информирањето на корисниците и во промоција на придобивките** од воведување на орална контрацепција, посебно за ранливите групи и за адолесцентната популација.

КОРИСТЕНА

Литература

Извори на кирилица

1. Влада на РМ. Методологија за начинот на формирање на цените на лековите. <<https://malmed.gov.mk/методологија-за-хумани-лекови/>>
2. Државен завод за статистика на РСМ, УНИЦЕФ, УНФПА. Мултииндикаторско кластерско истражување (MICS), 2018-2019 година.
3. Закон за здравствената заштита.
4. Закон за здравственото осигурување.
5. Закон за лековите и медицинските помагала.
6. Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување. „Сл. весник на РСМ“ бр. 275, 27.12.2019 г.
7. Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување. „Сл. весник на РСМ“ бр. 60, 17.03.2023 г.
8. Листа на есенцијални лекови. „Службен весник на РМ“ бр. 19, 09.02.2015.
9. Министер за здравство. 2015. Упатство за медицинско згрижување при антенатална грижа. „Службен весник на РМ“ бр. 47, 24.03.2015 г.
10. Министер за здравство. 2023. Правилник за начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија. „Сл. весник на РСМ“ бр. 32, 13.02.2023 г.
11. Министер за здравство. 2023. Упатство за семејно планирање. „Службен весник на РСМ“ бр. 75, 07.04.2023 г.
12. 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>>
13. Национален совет по цени и реимбурсирање на лекарствените продукти <<https://portal.ncpr.bg/registers/pages/register/list-medicament.xhtml>>

14. 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>>
15. УО на ФЗОPCM. Правилник за утврдување на критериуми и постапка за одредување на референтни цени на лекови. <<https://fzo.org.mk/referentni-ceni-lekovi>>
16. Фонд за здравствено осигурување на PCM – ФЗОPCM. <<https://fzo.org.mk/pregled-osigureni-lica>> и Решение од ФЗОPCM доставено до ХЕРА по Барање за слободен пристап до податоци од јавен карактер бр. 14-10348/3 од 19.05.2025 г.
17. Фонд за здравствено осигурување на PCM – ФЗОPCM. Правилникот 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>>

Извори на латиница

18. Ahmed S, Qingfeng L, Liu L, Tsui A. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. The Lancet. July 12, 2012.
19. Cost Savings From the Provision of Specific Methods of Contraception in a Publicly Funded Program - Diana Greene Foster, PhD ,corresponding author Daria P. Rostovtseva, MS, Claire D. Brindis, DrPH, M. Antonia Biggs, PhD, Denis Hulett, BA, and Philip D. Darney, MD. Am J Public Health. 2009 March; 99(3): 446–451.
20. Darroch JE et al. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. NewYork: The Alan Guttmacher Institute, 2016. <<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>>
21. DeFranco EA, Seske LM, Greenberg JM, Muglia LJ. 2015. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2015 Mar; 212(3):386.e1-9.
22. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights 2025; Contraception Policy Atlas 2025. <<https://www.epfweb.org/node/1122>>
23. 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.
24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2023. Hrvatski zdravstveno-statisticki ljetopis za 2022 godinu. Zagreb. <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2024/05/HZSLj_2022_12-2023.pdf>
25. Institute of Medicine. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. The National Academies Press, Washington, DC, 2007.
26. Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2012 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>
27. Multi Indicator Cluster Survey (MICS), UNICEF, 2021 година. <<https://www.unicef.org/northmacedonia/topics/multiple-indicator-cluster-survey>>
28. Nemzoff C, et al. Adaptive health technology assessment to facilitate priority setting in low- and middle-income countries. BMJ Global Health 2021. <<https://gh.bmj.com/content/6/4/e004549>>
29. OECD, European Commission. 2018. Health at a glance: Europe 2018, стр. 143.

30. Orr ST et al., Unintended pregnancy and preterm birth. *Pediatric Perinatal Epidemiology*. 2000; 14:309–313.
31. Peipert JF, Madden T, Allsworth, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012 Dec; 120(6): 1291–1297.
32. PACE – Resolution 2331 (2020) – Empowering women: promoting access to contraception in Europe (coe.int).
33. Singh S., Darroch L., Ashord M., Vlassoff M. 2009. 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.
34. Sonfield A. et al. 2013. The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to Have Children, New York: Guttmacher Institute. <www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf>
35. Sonfield A. 2014. Beyond Preventing Unplanned Pregnancy: The Broader Benefits of Publicly Funded Family Planning Services. *Guttmacher Policy Review*, 2014;17(4):26.
36. Singh S, Jacqueline E. Darroch E.J, Ashford LS. Adding it Up: The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health. The Alan Guttmacher Institute and UNFPA, 2014.
37. Stover, J. and J. Ross. How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. *Matern Child Health J*, 2010. 14:687-695.
38. The Alan Guttmacher Institute. Family Planning and infant mortality: Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels. *Issues in Brief*, AGI, 2002.
39. 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>>
40. UN Department of Economic and Social Affairs. Contraceptive use by method. 2019.
41. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2020. Family Planning Highlights 2020. New York: United Nations.
42. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2017. How many people are at risk of having a high-risk pregnancy? <<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/risk>>
43. World Health Assembly. 2014. Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief. WHO.
44. WHO. 2023. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>>
45. WHO Model Lists of Essential Medicines. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization. <<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>>
46. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2017.

How many people are at risk of having a high-risk pregnancy?

Електронски извори

47. <https://www.alims.gov.rs/humani-lekovi/pretrazivanje-humanih-lekova/>
48. <http://www.cbz.si/>
49. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
50. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
51. <https://fzo.org.mk/cenovnik-na-zdravstveni-uslugi>
52. <https://fzo.org.mk/izvestaj-rabotenje-dsg>
53. <https://fzo.org.mk/pregled-osigureni-lica> и <https://popis2021.stat.gov.mk/>
54. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_29-out-of-pocket-expenditures/visualizations/#id=17097&tab=table
55. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
56. <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/17/4/gpr170402.pdf>
57. <https://www.halmed.hr/Promet-proizvodnja-i-inspekcija/Najvisa-dozvoljena-cijena-lijeka-na-veliko/Popis-lijekova-s-odredenom-najvisom-dozvoljenom-cijenom-na-veliko-i-iznimno-visom-od-najvise-dozvoljene-cijene-na-veliko/>
58. <https://hera.org.mk/wp-content/uploads/2020/02/investiczii-vo-zdravstvoto-za-moderna-kontarczczpija-ENG.pdf>
59. <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/lijekovi/objavljene-liste-lijekova>
60. https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat__Naselenie__ProcenkiNaselenie__ProcenkiPopis2021__Proceni31Dekemvri/31122021_MKD_Za_PX.px/
61. https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat__Naselenie__Proeckii/125_Popis_Prockenki2070_ml.px/table/tableViewLayout2/
62. https://pdp.unfpa.org/?country=807&data_id=dataSource_86%3A180%2CdataSource_8-1%3A2%2B10%2B11%2CdataSource_8-2%3A97%2CdataSource_85%3A8215&page=Explore-Indicators
63. <https://population.un.org/dataportal/home>
64. <https://population.un.org/dataportal/countryProfiles/types/1/topics/5/coreThemes/1/locations/807?classId=req&palette=Blues&secpalette=alphabet2>
65. <http://rfzo.rs/index.php/osiguranalica/lekovi-info/lekovi-actual>
66. <https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>
67. <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy#readmore-expand>

68. <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>
69. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf>
70. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
71. <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/6/18-222448.pdf>

ПРИЛОГ 1

Преглед на методите на контрацепција според нивната ефективност, според СЗО

Механизми на дејство и ефективност на контрацептивните методи ¹⁰⁴

Метод	Како функционира	Ефективност: случаи на бременост на 100 жени годишно со доследна и правилна употреба	Ефективност: случаи на бременост на 100 жени годишно како што најчесто се користи
Комбинирани орални контрацептиви (КОК) или „таблета“	Спречува ослободување на јајце клетки од јајниците (овулација)	0,3	7
Таблети што содржат само прогестоген или „мини-таблета“	Ја згуснуваат цервикалната слуз за да го оневозможат спојувањето на сперматозоидот и јајце клетката и да ја спречат овулацијата	0,3	7
Импланти	Ја згуснуваат цервикалната слуз за да го оневозможат спојувањето на сперматозоидот и јајце клетката и да ја спречат овулацијата	0,1	0,1
Инјекции што содржат само прогестоген	Ја згуснуваат цервикалната слуз за да го оневозможат спојувањето на сперматозоидите и јајце клетката и да ја спречат овулацијата	0,2	4
Месечни инјекции или комбинирани инјекции на контрацепција	Спречуваат ослободување на јајце клетки од јајниците (овулација)	0,05	3
Комбиниран контрацептивен фластер и комбиниран контрацептивен вагинален прстен	Спречуваат ослободување на јајце клетки од јајниците (овулација)	0,3 (за лепенка) 0,3 (за вагинален прстен)	7 (за лепенка) 7 (за контрацептивен вагинален прстен)
Спирала што содржи бакар	Бакарната компонента ги оштетува сперматозоидите и спречува тие да се сретнат со јајце клетката	0,6	0,8
Спирала со левоноргестрел	Ја згуснува цервикалната слуз за да го спречи спојувањето на сперматозоидот и јајце клетката	0,5	0,7

104 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf?sfvrsn=e39a69c2_1

Машки кондоми	Формираат бариера што спречува спојување на сперматозоидите и јајце клетката	2	13
Женски кондоми	Формираат бариера што спречува спојување на сперматозоидите и јајце клетката	5	21
Стерилизација на мажи (вазектомија)	Ги држи сперматозоидите вон ејакулираната сперма	0,1	0,15
Метод	Како функционира	Ефективност: бремености на 100 жени годишно со доследна и правилна употреба	Ефективност: бремености на 100 жени годишно како што најчесто се користи
Стерилизација на жени (лигација на јајцеводите)	Се оневозможува спојување на јајце клетките со сперматозоидите	0,5	0,5
Метод на лактациска аменореа	Спречува ослободување на јајце клетки од јајниците (овулација)	0,9 (за шест месеци)	2 (за шест месеци)
Метод на плодни денови	Спречува бременост со избегнување на незаштитен вагинален секс во текот на најплодните денови	5	12
Метод на базална телесна температура	Спречува бременост со избегнување на незаштитен вагинален секс за време на плодните денови	Не се достапни сигурни стапки на ефективност	
Дводневен метод	Спречува бременост со избегнување на незаштитен вагинален секс во текот на најплодните денови	4	14
Симптотермален метод	Спречува бременост со избегнување на незаштитен вагинален секс за време на најплодниот период	<1	2
Таблети за итна контрацепција (улипристал ацетат 30 мг или левоноргестрел 1,5 мг)	Го спречуваат или го одложуваат ослободувањето на јајце клетките од јајниците. Таблети што се земаат за спречување на бременост до 5 дена по незаштитен секс.	< 1 во случај на таблети со улипристал ацетат 1 во случај на таблети само со прогестин 2 во случај на комбинирани таблети со естроген и прогестин	
Календарски или метод на ритам	Двојката спречува бременост со избегнување на незаштитен вагинален секс во текот на првиот и последниот проценет плоден ден, со апстиненција или со употреба на кондом.	Не се достапни сигурни стапки на ефективност	15
Повлекување (прекинат однос)	Мажот внимава сперматозоидите да не дојдат во женското тело, спречувајќи го оплодувањето	4	20

Издание на: ХЕРА - Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2026 година

Авторка: Ирина Луческа

Уредник: Оливера Стојковска

Лектура: Виолета Танчева-Златева

Графичко уредување: Контура

Година на издавање: 2026

Место на издавање: Скопје

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека «Св. Климент Охридски», Скопје

615.256.3.032.31:316.362.4(497.7)(047)

ЛУЧЕСКА, Ирина

Употреба на модерни методи за семејно планирање во Република Северна

Македонија со осврт на оралната контрацепција [Електронски извор] :

извештај од Адаптирана проценка на здравствени технологии / [авторка

Ирина Луческа]. - Текст во ПДФ формат, содржи 71 стр., илустр. - Скопје

: ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување, 2026

Начин на пристапување (URL):

<https://hera.org.mk/wp-content/uploads/2026/03/upotreba-na-moderni-metodi-za-semejno-planirane-vo-rsm-hera.pdf>.

- Наслов преземен од екран. - Опис на изворот на 23.03.2026. - Фусноти

кон текстот. - Библиографија: стр. 65-69. - Содржи и: Прилог 1

ISBN 978-608-5093-07-6

а) Контрацепција, орална -- Примена -- Планирање на семејство --

Македонија -- Извештаи

COBISS.MK-ID 68457477



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.

