



**Компаративна анализа во однос
на усогласувањето на националното
законодавство со меѓународните
норми, стандарди и конвенции за
здравствени услуги кај малолетни
лица**



ПРВ КОЛЕКТИВ НА СЕКСУАЛНИ
РАБОТНИЦИ НА БАЛКАНОТ

Здружение за поддршка на маргинализирани работници
СТАР-СТАР Скопје

Компаративна анализа во однос на усогласувањето на националното законодавство со меѓународните норми, стандарди и конвенции за здравствени услуги кај малолетни лица



ПРВ КОЛЕКТИВ НА СЕКСУАЛНИ
РАБОТНИЦИ НА БАЛКАНОТ

Наслов:

Компаративна анализа во однос на усогласувањето на националното законодавство со меѓународните норми, стандарди и конвенции за здравствени услуги кај малолетни лица

Издавач:

Здружение за поддршка на маргинализираны работници СТАР-СТАР Скопје

За издавачот:

Борче Божинов, Претседател на Здружение за поддршка на маргинализираны работници СТАР-СТАР Скопје

Уредник:

Кристина Дода

Автори:

Јелена Кадрик
Маја Стојаноска
Весна Стефановска
Мартин Сопронов
Марија Чекреџи

Лектура:

Бојан Илковски

Графички дизајн:

Игор Стојановски

Скопје, мај 2021 година

CIP - Каталогизација во публикација

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

614.2-053.6:340.13(497.7)(047.31)

614.2-053.6:341.24(047.31)

КОМПАРАТИВНА анализа во однос на усогласувањето на националното законодавство со меѓународните норми, стандарди и конвенции за здравствени услуги кај малолетни лица [Електронски извор] / [автори Јелена Кадрик ... и др.]. - Скопје : Здружение за поддршка на маргинализираны работници Стар-стар, 2021

Начин на пристапување (URL): <https://starsexwork.org>. - Текст во PDF формат, содржи 63 стр.-

Наслов преземен од екранот. - Опис на изворот на ден 03.06.2021. - Фусноти кон текстот.

-Други автори: Маја Стојаноска, Весна Стефановска, Мартин Сопронов, Марија Чекреџи. -

Библиографија: стр. 60-63

ISBN 978-608-66532-3-1

СОДРЖИНА

ВОВЕД	8
-------------	---

1. АНАЛИЗА НА НАЦИОНАЛНАТА ПРАВНА РАМКА КОЈА ГИ ОПФАЌА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ КАЈ МАЛОЛЕТНИТЕ ЛИЦА.....	11
--	-----------

1.1. Правни основи и механизми за здравствена заштита на малолетните лица	11
1.2. Права на малолетни лица кои се однесуваат на систематски прегледи и задолжителна имунизација.....	16
1.3. Преглед и заштитни механизми за спречување употреба на дроги и други психотропни супстанции кај малолетни лица	17

2. МЕЃУНАРОДНИТЕ НОРМИ, СТАНДАРДИ И КОНВЕНЦИИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КАЈ МАЛОЛЕТНИ ЛИЦА.....	20
--	-----------

2.1. Обединети нации	20
2.1.1. Универзална декларација за човекови права и Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права (МПЕСКП)	20
2.1.2. Конвенција за правата на детето (КПД)	21
2.1.3. Комитет за правата на детето (ОН), Генерален коментар бр. 3 (2003): ХИВ/СИДА и правата на детето	23
2.1.4. Комитет за правата на детето (ОН), Генерален коментар бр. 4: Здравје и развој на адолесцентите во контекст на Конвенцијата за правата на детето.....	25
2.2. Светска здравствена организација	26
2.2.1. Декларација за примарна здравствена заштита од Алма Ата - 1978	27
2.2.2. Декларација за примарна здравствена заштита од Астана - 2018	27
2.2.3. „Здравје 21“ - Рамка за Здравје за сите за Европскиот регион на СЗО	28
2.2.4. Здравје 2020 - Европска рамка за политики за поддршка на акција низ владата и општеството за здравје и благосостојба.....	29
2.2.5. Инвестирање во децата: Европска стратегија за здравјето на децата и адолесцентите 2015-2020.....	30
2.2.6. Состојбата на здравјето на децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО	31
2.2.7. Насоки на СЗО за сексуално и репродуктивно здравје и права на адолесцентите	32
2.2.8. Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа	34

3. СОВЕТ НА ЕВРОПА	39
3.1. Конвенција за заштита на човековите права и основните слободи (ЕКЧП)	39
3.2. Европска социјална повелба (ЕСП) – ревидирана.....	40
3.3. Европска конвенција за остварување на правата на децата.....	41
3.4. Конвенција на Советот на Европа за заштита на деца од сексуална експлоатација и сексуална злоупотреба	41
3.5. Насоки за здравствена заштита приспособена на деца.....	42
4. ЕВРОПСКА УНИЈА	45
4.1. Договорот за Европската унија.....	45
4.2. Повелба за основните права во Европската Унија	46
4.3. Европски столб на социјални права	48
4.4. Директива 2000/43/ЕС од 29-ти јуни 2000 година за примена на начелото за еднаков третман помеѓу лицата независно на расното или етничко потекло.....	49
4.5. Стратегија за правата на децата и Гаранција за деца на ЕУ	49
4.6. Имплементација на правото на здравствена заштита според Конвенцијата на ООН за правата на детето - Извештај за статусот на Европската унија	50
4.7. Сексуално и репродуктивно здравје на младите во ЕУ.....	54
ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА	58
БИБЛИОГРАФИЈА	60

ВОВЕД

ВОВЕД

Правото на здравје претставува универзално човеково право кон кое треба да се стреми секоја демократска и социјална држава. Правата кои во себе содржат здравствена и социјална компонента произлегуваат од меѓународните конвенции и воспоставени стандарди и институти. Тие треба да се составен дел од националното законодавство на секоја држава која дополнителните правни норми од областа на здравството и социјалата може понатаму да ги надградува и прилагодува на сопствениот уставен и општествен поредок.

Здравствената заштита на децата и на адолесцентите треба да претставува приоритет на секоја држава доколку се има предвид фактот дека тие претставуваат посебна ранлива група чиј развој треба да се следи низ континуиран скрининг со цел навремено детектирање и превенирање на заболувања, правилен психо-физички развој, навремена имунизација, како и овозможување поддршка при лекување од зависности како резултат на употреба на дроги и други психотропни супстанции.

Анализава првенствено ќе се осврне на елаборирање на националната правна рамка која постои во Република Северна Македонија во однос на пружање здравствени услуги на малолетни лица. Релевантни закони кои содржат одредби за здравствена заштита на деца и други малолетни лица, а кои се предмет на анализа во овој документ се Законот за здравствена заштита, Законот за права на пациентите, Закон за правда на децата како посебните права кои произлегуваат од подзаконските акти и програми кои ги усвојува Владата во однос на систематски прегледи и задолжителна имунизација на малолетни лица, како и механизми за спречување употреба на дрога и други психотропни супстанции од страна на малолетни лица. Во овој контекст, покрај деталната елаборација на законските решенија, паралелно ќе се идентификуваат предизвиците и постоечките недостатоци во овозможувањето здравствени услуги и заштита на малолетните лица.

Покрај националната правна рамка, предмет на анализа е и меѓународниот аспект во однос на здравствена заштита на малолетни лица. Меѓународните конвенции, како и воспоставените стандарди и институти со цел заштита на најмладата популација кои претставуваат основа за обезбедување на правата на малолетните лица. Тука пред сè се истакнуваат меѓународните документи на Обединетите нации и Светската здравствена организација во однос на правата на децата, заштита на нивното здравје, документите на Советот на Европа, Европската социјална повелба, европските стратегии за

здравјето на децата и адолесцентите со насоки за нивна здравствена заштита. Законодавството на Европската унија заштитата на правата на децата ја лоцира во основачките договори на Унијата, Повелбата за основните права, постоечките директиви и стратегии со цел здравствена заштита на децата и младите во Унијата.

Имајќи го предвид погоре наведеното, цел на анализа е да ги утврди националните и меѓународни механизми за здравствена заштита и овозможување здравствени услуги на малолетни лица. Воедно, преку анализа на меѓународната правна рамка ќе се утврдат недостатоците во националниот правен систем со што ќе се отвори простор за идна (евентуална) интервенција во националното законодавство.

**1. АНАЛИЗА НА
НАЦИОНАЛНАТА ПРАВНА
РАМКА КОЈА ГИ ОПФАЌА
ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ КАЈ
МАЛОЛЕТНИТЕ ЛИЦА**

1. АНАЛИЗА НА НАЦИОНАЛНАТА ПРАВНА РАМКА КОЈА ГИ ОПФАЌА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ КАЈ МАЛОЛЕТНИТЕ ЛИЦА

1.1. Правни основи и механизми за здравствена заштита на малолетните лица

Правото на здравствена заштита како и социјалните права во Република Северна Македонија се гарантирани со Уставот на Република Северна Македонија, како и со одделни материјални закони. Една од темелните вредности на уставниот поредок на Република Северна Македонија е хуманизмот, социјалната правда, солидарноста и владеењето на правото.¹ Уставот го гарантира правото на здравствена заштита на секој граѓанин и предвидува дека граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.²

Покрај тоа што е уставно гарантирано, правото на здравствена заштита на секој граѓанин е дефинирано и во повеќе закони и тоа Законот за здравствена заштита³, Законот за здравствено осигурување⁴ и како дополнителни прописи се јавуваат Законот за заштита на правата на пациентите⁵, Закон за ментално здравје⁶, Закон за заштита на населението од заразни болести⁷ и други закони.

1 Член 8 од Уставот на РМ, Службен весник на РМ бр. 52/91, 1/92, 31/98, 91/01, 84/03, 107/05, 3/09

2 Ibid, Член 39

3 Закон за здравствена заштита Службен весник на РМ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, 39/2014, 43/2014, 132/2014, 188/2014, 10/2015, 61/2015, 154/2015, 192/2015, 17/2016, 37/2016 и 20/2019, 101/2019, 153/2019, 180/2019, 275/2019 и 77/2021

4 Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017, 275/2019 и 77/2021,

5 Закон за заштита на правата на пациентите Службен весник на РМ бр. 82/2008, 12/2009, 53/2011, 150/2015, 190/2019

6 Закон за ментално здравје („Службен весник на Република Македонија“ бр. 71/2006 и 150/2015).

7 Закон за заштита на населението од заразни болести („Службен весник на Република Македонија“ бр. 66/2004, 139/2008, 99/2009, 149/2014, 150/2015 и 37/2016 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 257/2020). Одлука на Уставниот суд на Република Македонија, У. бр. 94/2010 од 8 јуни 2011 година, објавена во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 86/2011

Законодавството на Република Северна Македонија нема посебен закон за здравствена заштита на малолетни лица, туку децата и малолетните лица се дел од севкупните прописи за здравствена заштита со издвојување на посебни одредби во законите кои се однесуваат исклучиво на деца и малолетни лица.

Имено, во Законот за здравствена заштита е предвидено дека секој има право на здравствена заштита и обврска да се грижи и да го чува и унапредува своето здравје, но никој не смее да го загрозува здравјето на другите. Следствено, здравствената заштита опфаќа систем на општествени и индивидуални мерки, активности и постапки со цел зачувување и унапредување на здравјето; спречување, рано откривање и сузбивање на болести, повреди и други нарушувања на здравјето предизвикани од влијанието на работната и животната средина; навремено и ефикасно лекување и здравствена нега и рехабилитација.⁸ Во овој закон се инкорпорирани повеќе начела кои овозможуваат почитување на здравјето како човеково право имајќи предвид дека обезбедување на правото на здравје е обврска на секоја држава. Секој граѓанин има право да ја остварува здравствената заштита со почитување на највисокиот можен стандард на човековите права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност на неговата личност, како и на почитување на неговите морални, културни, религиозни и филозофски убедувања. Секој граѓанин има право на информации потребни за зачувување на здравјето и стекнување здрави животни стилови и на информации за штетните фактори за животната и работната средина кои можат негативно да влијаат на здравјето, како и на информации за потребните мерки за заштита на здравјето во случаи на појава на епидемии и други непогоди и несреќи кои можат негативно да влијаат на здравјето.⁹

Понатаму, во самиот закон се предвидува и правото на достапност на здравствена заштита на сите граѓани во државата, и тоа на начин што таа мора да е географски, физички и економски достапна, а особено здравствената заштита на примарно ниво. Воедно, со почитување на начелото на правичност на здравствената заштита се забранува дискриминацијата при укажувањето здравствената заштита по однос на раса, пол, старост, национална припадност, социјално потекло, вероисповед, политичко или друго убедување, имотна состојба, култура, јазик, вид на болест, психички или телесен инвалидитет.

Грижата за здравјето на граѓаните од страна на државата е обезбедена и преку Законот за здравствено осигурување каде се содржани голем број основи за осигурување со цел да се опфатат сите граѓани со задолжително здравствено осигурување без дискриминација заснована на финансиските ресурси, местото на живеење, видот на болеста или времето за достапност на здравствените услуги почитувајќи ги начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средства.

⁸ член 2, Законот за здравствена заштита.

⁹ Ibid, член 4

И Законот за заштита на правата на пациентите¹⁰ ги почитува меѓународните стандарди за заштита на здравјето на луѓето имајќи ги предвид пред се начелата на хуманост и достапност. Пациентот има право на остварување на правата утврдени со овој Закон без дискриминација врз основа на раса, боја на кожа, потекло, национална или етничка припадност, пол, род, сексуална ориентација, родов идентитет, припадност на маргинализирана група, јазик, државјанство, социјално потекло, образование, религија или верско уверување, политичко уверување, друго уверување, попреченост, возраст, семејна или брачна состојба, имотен статус, здравствена состојба, лично својство и општествен статус или која било друга основа.

Пациентот има право на грижа, лекување и рехабилитација што се во согласност со неговите поединечни потреби и способности и што ја унапредуваат состојбата на неговото здравје, со цел да го достигне највисокото можно лично ниво на здравје, согласно со достапните методи и можности на медицината, а во согласност со прописите од областа на здравствената заштита и здравственото осигурување.

Националното законодавство кое ја опфаќа здравствената заштита како човеково право во голема мера ги има установено меѓународните стандарди и инструменти за заштита на здравјето на луѓето. Во погоре споменатите закони може да се види дека голем дел од поединечните права на граѓаните кои ја сочинуваат заштитата на здравјето се инкорпорирани и тоа преку правото на превентивни мерки, правото на пристап, правото на информираност, право на согласност, право на слободен избор, право на приватност и доверливост, право на почитување на времето на пациентот и друго.

Меѓутоа правата за здравствена заштита на децата и малолетните лица, кои се основни права на детето, не се конкретно дадени во овие закони, туку само во поедечни одредби каде се нагласува некое право врзано за давање согласност или специфика која се однесува на неможноста малолетното лице само да одлучи за својата здравствена состојба.

Во **Законот за правата на пациентите** се врши посебна заштита на правата на малолетните лица и тоа кога пациентот кој е малолетно лице има право да прифати или да одбие определена медицинска интервенција за што треба да потпише Изјава неговиот родител, законскиот застапник, односно старателот. Во случај кога интересите на малолетниот пациентот и неговиот родител, законскиот застапник, односно старателот се спротивставени, здравствената установа е должна веднаш да го извести надлежниот Центар за социјални работи кој решава според начелото на итност. Исто така, кога е во прашање вршење на научно истражување над малолетен пациент, неопходно е да се даде свесна, јасна и доброволна согласност од пациентот, во овој случај Изјава за согласност дава неговиот родител, законски застапник или старател, со одобрение на надлежниот центар за социјални работи.

Доколку пациентот е малолетно лице, здравствената установа е должна за самоволното напуштање без најава да го извести неговиот родител, законскиот застапник, односно старателот, како и Центарот за социјална работа. Ако пациентот како малолетно лице изразил

желба или намера своеволно да ја напушти болничката здравствена установа, установата има право да го задржи на лекување доколку напуштањето би било штетно за неговото здравје до моментот на известување на неговиот родител, законски застапник, старател, како и Центарот за социјални работи.

Посебна заштита на правото на приватност е предвидена за малолетни лица при укажување медицинска интервенција или укажување лична нега, во тој случај малолетен пациент има право да биде сместен одвоено од полнолетен пациент при што за неговиот прием потребно е да бидат известени родителите, законските застапници или други лица од кругот на лицата кои живеат во заедничко домаќинство со пациентот.

Законот за здравствена заштита не прави разлика помеѓу полнолетни и малолетни лица и здравствената заштита ја третира како универзално право на секое лице. Начелото на сеопфатност на здравствената заштита се обезбедува со вклучување на секој поединец во системот на здравствената заштита, со примена на мерки и активности за здравствена заштита кои опфаќаат промоција на здравјето, превенција на болести на сите нивоа на здравствена заштита, рана дијагноза, лекување и рехабилитација.

Освен преку примена на законските одредби, со кои се уредени правата од здравствената заштита на граѓаните и системот и организацијата на здравствената заштита, со Законот за здравствена заштита се предвидува Владата да носи буџетски финансирани програми за дополнително унапредување на здравствената заштита на граѓаните.

Согласно **Законот за здравствено осигурување**, децата со пречки во развојот и со специфични потреби за кои се користи право на посебен додаток согласно Законот за заштита на децата задолжително се осигуруваат ако не може да се осигурат по некоја друга основа.¹¹ Малолетните лица се осигурени врз основа на правото на родителот или старателот за здравствена заштита, односно ако го исполнил условот за осигурено лице во задолжителното осигурување.

Имено малолетно лице е здравствено осигурено:

- 1) до навршување на 18-годишна возраст, а по тие години само ако се на редовно школување, но најдоцна до навршувањето на 26 години,
- 2) кога се на вонредно школување, ако поради природата на болеста не се во можност редовно да ја посетуваат наставата и
- 3) ако се или станат неспособни за самостоен живот и работа во смисла на прописите на пензиското и инвалидското осигурување, односно за социјалната заштита, ако осигуреникот ги издржува - за сето време додека трае таквата неспособност.

¹¹ Член 5, Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017, 275/2019 и 77/2021,

Во овој Закон постојат повеќе одредби кои овозможуваат здравствена заштита на малолетни лица што преставува исклучок од општото правило за здравствено осигурување од што произлегуваат посебни права за малолетните лица, а врз основа на возраст или пак врз основа на специфична здравствена состојба на малолетното лице.

Така Законот дозволува за деца до 14 годишна возраст исклучок од правилото и во итни случаеви може да користат здравствени услуги без Упат, а во болничката здравствена заштита со Упат од избраниот лекар од дејноста на општата медицина. Во останатите случаи, осигуреното лице може да користи здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита со Упат од избраниот лекар, а во болничката здравствена заштита, по правило со Упат од лекарот специјалист.

Исто така се дозволува и ослободување од учество (партиципација) на децата со пречки во развојот и со специфични потреби, според прописите за заштита на децата (детска заштита), како и на децата до 18-годишна возраст и осигурените лица кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези, орто оптички помагала и инвалидска количка и од медицински помагала за функција на физиолошките празнења.

Специфичен исклучок од здравственото осигурување каде децата се услов за да се дозволи истиот е кога за осигурениците за кои Фондот ќе утврди дека придонесот не е редовно уплатуван или уплатата задоцнила повеќе од 60 дена, правата од задолжителното здравствено осигурување, меѓу другото не се ускратуваат на: осигуреници кои се родители на три или повеќе деца, самохран родител и член на едно родителско семејство, деца без родители и родителска грижа и родители на деца со пречки во развојот корисници на посебен додаток.

Законот за правда за децата¹² здравствената заштита на малолетните деца ја обработува во поглед на почитување на правата на децата без никаква дискриминација врз основа на здравствената состојба на детето. Посебно внимание се посветува на здравствената состојба на децата кои се сторители на кривично дело, па затоа пред почетокот на судската постапка е потребно детето да се прегледа од стручни лица.

Кога за утврдување на здравствената состојба на детето, на неговата душевна развиеност и на неговите психички особености, способности или наклонетости е потребно детето да го прегледа стручен тим, за овој преглед ќе се определат лекар, психолог и педагог кои прегледот можат да го извршат и во специјализирани здравствени установи.¹³

Доколку детето е во притвор, му се гарантира и обезбедува правото на медицинска помош.¹⁴

Во **Законот за извршување на санкции**¹⁵ дополнително се предвидени одредби за попрецизно определување на здравствената

¹² Закон за правда за децата, „Службен весник на Република Македонија“ бр. 148/2013 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 152/2019 и 275/2019

¹³ Ibid. Член 113, став 4.

¹⁴ Ibid. Член 120, став 3

¹⁵ Закон за извршување на санкции, Службен весник на РСМ бр. 99/2019 и 220/2019

заштита на деца кои се осудени, односно им е изречена санкција. Имено, секое осудено лице или дете на кое му е изречена заводска воспитна мерка Упатување во воспитно-поправен дом, за време на извршување на казната затвор или заводската мерка, меѓу останатите права имаат и право на здравствена заштита.

Подетално е предвидено детето да има право на здравствена заштита, согласно со неговите развојни потреби. Лекарот треба да врши контрола на здравјето на децата, а во случај на болест да ги преземе неопходните мерки за нивно лекување. За здравствената состојба на детето треба да се извести неговото семејство или неговиот старател. Во случај на потреба од болничко лекување, потребна е согласност од родителот, односно старателот на детето. Здравјето на децата преку систематски преглед се проверува два пати годишно.¹⁶

1.2. Права на малолетни лица кои се однесуваат на систематски прегледи и задолжителна имунизација

Децата од училишна возраст се посебна популациона група која се карактеризира со интензивни физички, психолошки и социјални промени, што ги прави исклучително ранливи на неповолните ризик фактори од околината. Промените во правец на стекнување поголема независност придружено со склоноста кон експериментирање со нови животни стилови и активности, креираат нови здравствени ризици поврзани во прв ред со однесувањето. Поради тоа, раната детекција на здравствените, како и на психосоцијалните, развојните и бихејвиоралните ризици треба да претставува приоритет во грижата за училишните деца и младина. Најчестите причини за морбидитет и морталитет кај оваа возрасна група се намерните и ненамерни повреди, последиците од ризичното сексуално однесување, пореметувања на менталното здравје (депресија, анорексија, булимија), недоволна физичка активност и неправилна исхрана.¹⁷

Имајќи го предвид погоре наведеното, класичен метод за скрининг на здравјето на училишните деца и младина се систематските прегледи, кои се вршат организирано во јавните здравствени установи од страна на службите за превентивна здравствена заштита и превентивна стоматолошка заштита на училишни деца. При систематскиот преглед се врши и редовна имунизација против заразни заболувања според Календарот за имунизација на Република Северна Македонија.

Владата секоја година изготвува и усвојува Програма за систематски прегледи на учениците и студентите со која се предвидуваат целите на Програмата кои се насочени кон обезбедување на услови за зачувување и унапредување на здравјето на сите деца од училишна возраст преку превенција и рана детекција на здравствени ризици и нарушувања на здравјето. Воедно, во овие програми се дефинира и бројот на ученици во основните и средните училишта и според тие

¹⁶ Ibid. Член 302

¹⁷ Програма за систематски прегледи на учениците и студентите во Република Северна Македонија за 2021 година. Службен весник на РСМ бр.8/2021 година, достапна на: [ПРОГРАМА ЗА СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕДИ НА УЧЕНИЦИТЕ И СТУДЕНТИТЕ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА ЗА 2021 ГОДИНА \(dejure.mk\)](#) (пристапено на 7 мај 2021)

бројки се прави проценка на бројот на ученици кои треба да бидат опфатени со систематски прегледи.

Програмата за систематски прегледи на учениците и студентите за 2021 година посветува особено внимание на загрозената група деца и адолесценти кои се надвор од образовниот систем, а со тоа на истите не можат да им бидат овозможени здравствените услуги кои им припаѓаат согласно закон, како редовни систематски прегледи и имунизација.¹⁸

1.3. Преглед и заштитни механизми за спречување употреба на дроги и други психотропни супстанции кај малолетни лица

Следејќи ги законите со кои е регулирана здравствената заштита, може да се констатира дека нашата држава нема посветено доволно внимание или воопшто не ја третира зависноста од наркотици и лекувањето на истата кај малолетните деца. Оваа констатација оди во прилог на фактот дека не е донесен протокол за лекување на малолетници кои употребуваат дроги, со што потребно е да се уреди целата постапка за лекување на малолетно лице и особено проблематиката околу добивање согласност за отпочнување на здравствена нега и социјална поддршка. Постои потреба од воспоставување конкретна програма за лекување и грижа на малолетници кои употребуваат дроги бидејќи во моментот ниту една установа не може да понуди соодветно лекување и грижа на деца кои имаат проблеми предизвикани од зависност и употреба на други психотропни супстанции. Воедно, Националната стратегија за дрога на Република Македонија за период 2014-2020 година, во која се содржани статистички податоци од спроведени истражувања во училиштата за употреба на дрога кај малолетните лица е веќе застарена и потребно е што поскоро да се усвои нова стратегија за претстојниот период во која ќе бидат содржани механизми за превенција на употреба на дрога кај малолетни лица, но и преку емпириските истражувања да се добие реална слика за состојбата со уживање на наркотични средства од страна на малолетни лица и нивна превенција.

На 22-ри септември 2017 година повеќе институции и организации формираа Национално координативно тело за деца кои употребуваат дроги со цел да се изнајдат соодветни решенија во интерес на децата со оглед на тоа дека се растечки трендовите на употреба на психоактивни супстанции меѓу малолетниците во државата. Координативното тело е составено од номинирани претставници од Министерството за труд и социјална политика, Министерството за здравство, Министерството за внатрешни работи, Министерството за правда, Управата за извршување на санкции, Народниот правобранител, УНИЦЕФ, Црвениот крст на Република Македонија и Здружението ХОПС – Опции за здрав живот Скопје. Преку фор-

¹⁸ Согласно Програмата за систематски прегледи на учениците и студентите во Република Северна Македонија, здравствениот сектор во соработка со патронажната служба, Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија и невладините организации превзема активен пристап во откривањето на овие деца и нивно упатување до превентивните тимови кои обезбедуваат превентивна здравствена заштита на децата. Овој проблем е особено голем кај децата Роми кои не ги посетуваат редовно основните и средни училишта.

мирањето на Координативното тело, требаше да се засили соработката помеѓу членовите преку меѓусебна размена на информации и унапредување на механизмите за следење на состојбата со употреба на дроги меѓу малолетници, како и за превенција, за контактирање, за лекување и за ресоцијализација на децата кои употребуваат дроги.

Доколку се анализира Посебниот извештај за состојбата на децата кои користат дроги и други психотропни супстанции изготвен од страна на Народниот правобранител во 2018 година, може да се констатира дека кога станува збор за користењето дрога и други психотропни супстанции, отсутнуваат ефикасни мерки на планот на превенција и заштита на децата кои користат дрога и други психотропни супстанции, односно не постојат соодветни форми и процедури за заштита, согласно стандардите утврдени во Конвенцијата за правата на детето.¹⁹ Согласно истражувањето спроведено од страна на Народниот правобранител во 2017 година, во однос на прашањето колкав е бројот на деца кои користат дрога и други психотропни супстанции, голем број од центрите известиле дека немаат евиденција на деца. Имено, 26 центри за социјална работа одговориле дека немаат евидентирано деца кои користат дрога и други психотропни супстанции, додека пак останатите доставиле бројки на деца кои се евидентирани како корисници на дрога.²⁰ Загрижувачки податок претставува недостигот од конкретни податоци за процентуалната бројка на деца кои користат дрога и други психотропни супстанции, што упатува на фактот дека овие деца не се регистрирани и не добиваат соодветна здравствена заштита.

Во недостаток на институционални мерки, единствената поддршка за децата и за младите кои употребуваат дроги е овозможена од здруженијата на граѓани, онолку колку што им дозволуваат законските ограничувања. Со усогласување на законите со потребите на децата и на младите кои употребуваат дроги значително ќе се олеснат можностите за воведување мерки за заштита на нивното психофизичко здравје. Во нашата држава сеуште нема програми за третман и грижа на децата кои употребуваат дроги, од исклучително значење е надлежните министерства, пред сè, Министерството за здравство и Министерството за труд и социјална политика заеднички да работат на законски измени со кои ќе се овозможи отворање програми за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги.

¹⁹ Посебен извештај за состојбата на децата кои користат дроги и други психотропни супстанции, Народен правобранител, јануари 2018 година, достапен на: [Poseben izvestaj-Deca korisnici na droga.pdf \(ombudsman.mk\)](#)

²⁰ Ibid, страна 5.

2. МЕЃУНАРОДНИТЕ НОРМИ, СТАНДАРДИ И КОНВЕНЦИИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КАЈ МАЛОЛЕТНИ ЛИЦА

2. МЕЃУНАРОДНИТЕ НОРМИ, СТАНДАРДИ И КОНВЕНЦИИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КАЈ МАЛОЛЕТНИ ЛИЦА

2.1. Обединети нации

2.1.1. Универзална декларација за човекови права и Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права (МПЕСКП)

Здравствените права во контекстот на Обединетите нации се споменуваат уште во Универзалната декларација за човекови права од 1948 година каде правото на здравје е споменато како дел на правото на соодветен стандард на живот.²¹ Правото на здравје беше уште еднаш потврдено како човеково право во Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права, кој бил усвоен на 16-ти декември 1966, а стапил во сила на 3-ти јануари 1996. Република Северна Македонија е држава-страна на овој пакт од 1994 година.²²

Конкретно, Член 12 на овој пакт го истакнува правото на секое лице за највисок стандард на физичко и ментално здравје што може да се постигне.

Член 12, МПЕСКП²³

1. Државите-страни од овој Пакт го признаваат правото на секое лице за најдобро физичко и ментално здравје што може да се постигне.
2. Мерките што ќе ги преземат државите-страни на овој пакт, со цел за обезбедување целосно остварување на ова право, треба да ги опфатат мерките што треба да обезбедат:
 - а) намалување на бројот на мртвородените деца и смртноста на децата, како и здрав развој на детето;

Здравјето е основно човеково право, незаменливо за остварување на други човекови права. Секое човечко суштество има право на

²¹ Член 25, Universal Declaration for Human Rights, достапна на: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (пристапено на 8 мај 2021]

²² United Nations Treaty Collection, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, достапно на: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4#3

²³ UN General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, достапно на: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html> [пристапено на 8 мај 2021]

најдобро физичко и ментално здравје што може да се постигне, кое овозможува достоинствен живот.²⁴ Став 1 од Членот 12 го дефинира правото на здравје, додека став 2 од Членот 12 наведува илустративни, неисцрпни примери за обврските на државите-страни.²⁵

2.1.2. Конвенција за правата на детето (КПД)

Конвенцијата за правата на детето е усвоена на 20-ти ноември 1989 година, а стапила во сила на 2-ри септември 1990 година. Заклучно април 2021 година, 196 земји ја имаат ратификувано оваа Конвенција²⁶, што ја прави најмногу ратификуван договор на меѓународната заедница. Конвенцијата за правата на детето доаѓа најблиску до еден навистина универзален меѓународен инструмент. Република Северна Македонија ја ратификуваше Конвенцијата за правата на детето во 1993 година и со тоа се обврза да ги вметне сите одредби од Конвенцијата во постоечкото законодавство со цел да се гарантираат сите права на децата, а со тоа државата да воспостави и систем на нивна заштита.

Според Член 1 од КПД:

За целите на оваа Конвенција, „дете“ е секое човечко суштество кое не навршило 18 (осумнаесет) години од животот, освен ако, врз основа на закон кој се однесува на детето, полнолетство не се стекнува порано.

Оваа Конвенција воспоставува еден многу важен принцип, а тоа е принципот на најдобриот интерес на детето, кој е изразен во Член 3, Став 1 и гласи:

1. *Во сите активности кои се однесуваат на децата, од примарно значење се интересите на детето без оглед дали ги спроведуваат јавните или приватните институции за социјална заштита, административните органи или законодавните тела.*

Членот 24 од оваа Конвенција е најзначаен во однос на здравствените права на детето:

1. Државите членки го признаваат правото на детето на највисоко ниво на здравствена и медицинска заштита и рехабилитација. Државите членки ќе настојуваат на ни едно дете да не му биде одземено правото на таква здравствена заштита.
2. *Државите членки ќе се залагаат за целосно остварување на ова право и посебно ќе преземат соодветни мерки за:*
 - a) *смалување на смртноста на бебињата и децата;*
 - b) *обезбедување неопходна медицинска помош и здравствена заштита на сите деца, со акцент на развојот на примарната здравствена заштита;*

24 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, достапно на: <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> [accessed 8 May 2021] para. 1

25 Ibid. para. 7

26 United Nations Treaty Collection, Convention of the Rights of the Child, достапно на: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4

- c) *сузбивање на болести и неухранетост, вклучувајќи и во рамките на примарната здравствена заштита, меѓу останатото, примена на лесно достапна технологија и обезбедување соодветни хранливи продукти и чиста вода за пиење, имајќи ја предвид опасноста и ризикот од загаденост на животната средина;*
 - d) *обезбедување соодветна заштита на мајката пред и по раѓањето на детето;*
 - e) *овозможување сите сегменти на општеството, посебно родителите и децата, да бидат информирани, како и да им се даде поддршка во користењето на основните знаења за здравјето, исхраната на детето, предностите на доењето, хигиената и хигиенските услови на животната средина, како и за спречување на несреќи;*
 - f) *развој на превентивната здравствена заштита, советите за родителите и образованието и давање услуги во врска со планирањето на семејството;*
3. *Државите ги преземаат сите ефикасни и соодветни мерки за укинување на традиционалните практики кои се штетни за здравјето на децата.*

Овој Член го признава правото на децата и адолесцентите да уживаат највисок стандард во здравството и пристап до установи за лекување на болести. Конвенцијата за правата на детето ги упатува државите да обезбедат пристап до основните здравствени услуги за детето. Конвенцијата ги поврзува овие цели со обезбедување пристап до информации соодветни за децата за превентивно однесување и промовирање на здравјето и поддршка на семејствата и заедниците во спроведувањето на овие практики.

Со цел целосно да го реализираат правото на здравје на сите деца, државите-членки имаат обврска да обезбедат дека здравјето на децата не е нарушено како резултат на дискриминација, што е значаен фактор кој придонесува кон ранливост. Оваа забраната за дискриминација е наведена во Член 2 од Конвенцијата.²⁷ Имплементацијата на принципот на недискриминација бара девојчињата, како и момчињата, да имаат еднаков пристап до соодветна исхрана, безбедна средина, како и здравствени услуги за физичко и ментално здравје.

Потребно е да се донесат ефективни и соодветни мерки за укинување на штетните традиционални практики кои влијаат на здравјето на децата, особено на здравјето на девојчињата, како на пример рани бракови, осакатување на женски гениталии, преференцијално хранење и грижа за машки деца. На децата со попреченост треба да им се даде можност да уживаат во исполнет и пристоеен живот и да учествуваат во нивната заедница.²⁸

Дополнително, државите-членки треба да обезбедат средина која е безбедна и нуди поддршка за адолесцентите, која им обезбедува

²⁷ Para. 8, UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17 April 2013, CRC/C/GC/15, available at: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html> [пристапено на 9 мај 2021]

²⁸ Ibid. para. 22

можност за учество во одлуките што влијаат на нивното здравје, да градат животни вештини, да добијат соодветни информации, да добиваат совети и да преговараат за изборите што ги прават во однос на нивното здравствено однесување. Остварувањето на правото на здравје на адолесцентите зависи од развојот на здравствена заштита приспособена на младите, која ја почитува доверливоста и приватноста и вклучува соодветни сексуални и репродуктивни здравствени услуги.²⁹

Во сите политики и програми насочени кон гарантирање на правото на здравје на децата и адолесцентите, на нивните најдобри интереси треба да им се даде примарно внимание³⁰, како што е наведено во Член 3 од КПД.

2.1.3. Комитет за правата на детето (ОН), Генерален коментар бр. 3 (2003): ХИВ/СИДА и правата на детето

Иако првично се сметаше дека децата се само маргинално погодени од епидемијата на ХИВ/СИДА, сепак, за жал, децата се во срцето на проблемот. Според Заедничката програма на Обединетите нации за ХИВ/СИДА (УНАИДС), најновите трендови се алармантни: во повеќето делови на светот поголемиот дел од новите зарази се меѓу млади луѓе на возраст од 15 до 24 години, понекогаш и помлади. Жените, вклучително и младите девојки, исто така се повеќе се заразуваат. Во повеќето региони во светот, огромно мнозинство заразени жени не знаат дека се заразени и како последица може несвесно да ги заразат своите деца. Следствено, многу држави неодамна забележаа зголемување на стапката на смртност кај бебињата и децата. Адолесцентите се исто така подложни на ХИВ/СИДА, бидејќи нивното прво сексуално искуство може да се случи во средина во која немаат пристап до соодветни информации и советување. Децата кои користат дроги се изложени на висок ризик.³¹

Сепак, сите деца можат да станат ранливи поради специфичните околности во нивниот живот, особено (а) децата кои се и самите заразени со ХИВ; (б) децата кои загубиле родителски старател или наставник и/или затоа што нивните семејства или заедници се сериозно засегнати од последиците на епидемијата; и (в) децата кои се најмногу склони да бидат заразени или погодени.³²

Прашањето за децата и ХИВ/СИДА главно се смета за медицински или здравствен проблем, но во реалноста ова прашање вклучува многу поширок спектар на проблеми. Во овој поглед, правото на здравје (Член 24 од КПД) е сепак централно. ХИВ/СИДА влијае толку многу врз животот на сите деца што влијае на сите нивни права - граѓански, политички, економски, социјални и културни.³³ Соодветни мерки за справување со ХИВ/СИДА можат да се преземат само доколку правата на децата и адолесцентите се целосно почитувани. Најрелевантни права во овој поглед, покрај оние наброени погоре, се следните:

29 Ibid. Para.23

30 Ibid. Para. 24

31 Член 3, UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 3 (2003): HIV/AIDS and the Rights of the Child, 17 March 2003, CRC/GC/2003/3, available at: <https://www.refworld.org/docid/4538834e15.html> [пристапено на 9 мај2021]

32 Ibid.

33 Ibid. Para. 5

- право на пристап до информации и материјали насочени кон унапредување на нивната социјална, духовна и морална благосостојба и физичко и ментално здравје (чл. 17);
- право на превентивната здравствена заштита, совети за родителите и образование и давање услуги во врска со планирањето на семејството (чл. 24 (f));
- право на соодветен животен стандард (чл. 27);
- право на приватност (чл. 16);
- право да не бидат одделени од родители (чл. 9);
- правото да бидат заштитени од насилство (чл. 19);
- право на посебна заштита и помош од државата (чл. 20);
- правата на децата со попреченост (чл. 23);
- право на здравје (чл. 24);
- право на социјално заштита, вклучително и социјално осигурување (чл. 26);
- право на образование и слободно време (чл. 28 и 31);
- правото да бидат заштитени од економска и сексуална експлоатација и злоупотреба и од незаконска употреба на наркотици и психотропни супстанции (чл. 32, 33, 34 и 36);
- правото да бидат заштитени од киднапирање, продажба или трговија со деца, како и тортура или друго сурово, нечовечко или понижувачко постапување или казнување (чл. 35 и 37);
- и правото на физичко и психичко закрепнување и социјална реинтеграција (чл. 39).

Децата се соочуваат со сериозни предизвици за горенаведените права како резултат на епидемијата. Конвенцијата обезбедува моќна рамка за намалување на негативното влијание на пандемијата врз животот на децата. Холистичкиот пристап базиран на правата потребен за спроведување на Конвенцијата е оптимална алатка за решавање на поширокиот спектар на прашања што се однесуваат на напорите за превенција, лекување и нега.³⁴

Со цел ефективен одговор на ХИВ/СИДА епидемијата, државите мора да преземат соодветни мерки за превенција, лекување и нега, како на пример:

- 1) Обезбедување пристап до информации за превенција и подигање на свеста за ХИВ;
- 2) Зајакнување на улогата на образованието;
- 3) Обезбедување здравствени услуги приспособени за деца и адолесценти;
- 4) Советување и тестирање за ХИВ;

- 5) Имплементирање на стратегиите препорачани од агенциите на Обединетите нации за спречување на преносот на ХИВ заразата од мајка на дете;
- 6) Обезбедување на одржлив и еднаков третман и нега, и
- 7) Вклучување на децата во ХИВ/СИДА истражувањата.³⁵

2.1.4. Комитет за правата на детето (ОН), Генерален коментар бр. 4: Здравје и развој на адолесцентите во контекст на Конвенцијата за правата на детето

Во овој Коментар, Комитетот за правата на детето со загриженост забележува дека при имплементацијата на обврски од Конвенцијата, државите-членки не посветиле доволно внимание на специфичните проблеми на адолесцентите како носители на правата и на унапредувањето на нивното здравје и развој. Целта на усвојување на овој Коментар била да се подигне свеста и да им се даде на државите-членки насоки и поддршка во нивните напори да го гарантираат почитувањето, заштитата и остварувањето на правата на адолесцентите.³⁶

Ставот на Комитетот е дека државите-членки мора да ги преземат сите соодветни законодавни, административни и други мерки за реализација и мониторинг на правата на здравје и развој на адолесцентите, признаени во Конвенцијата. За таа цел, државите-членки мора особено да ги исполнат следниве обврски:

- i. Да создадат средина која е безбедна и им нуди поддршка на адолесцентите, вклучително и во рамките на нивното семејство, во училиштата, во сите видови институции во кои тие можат да живеат, на нивното работно место и/или во самото општество;
- ii. Да се осигури дека адолесцентите имаат пристап до информациите што се од суштинско значење за нивното здравје и развој и дека имаат можности да учествуваат во одлуките што влијаат на нивното здравје (особено преку информирана согласност и право на доверливост), да стекнат животни вештини, да добијат соодветни информации и да направат соодветни здравствени избори;
- iii. Да се осигури дека здравствените установи, добра и услуги, вклучително и советување и здравствени услуги за ментално и сексуално и репродуктивно здравје, со соодветен квалитет и приспособени на потребите на адолесцентите се достапни за сите адолесценти;
- iv. Да се осигури дека адолесцентните девојчиња и момчиња имаат можност да учествуваат активно во планирањето на сопственото здравје и развој;
- v. Да се заштитат адолесцентите од сите форми на работа што може да го загрозат остварувањето на нивните права,

³⁵ Ibid. 15-29

³⁶ UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child, 1 July 2003, CRC/C/2003/4, достапно на: <https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html> [accessed 9 maj 2021] стр. . 1

особено со укинување на сите форми на детски труд и со регулирање на работната средина и условите во согласност со меѓународните стандарди;

- vi. Да се заштитат адолесцентите од сите форми на намерни и ненамерни повреди, вклучувајќи ги и оние кои се резултат на насилство и сообраќајни незгоди;
- vii. Да се заштитат адолесцентите од сите штетни традиционални практики, како што се раните бракови, убиствата од чест и осакатувањето на женските гениталии;
- viii. Да се осигури дека адолесцентите кои припаѓаат на особено ранливи групи се целосно земени предвид при исполнувањето на сите гореспоменати обврски;
- ix. Да се спроведат мерки за спречување на ментални нарушувања и унапредување на менталното здравје на адолесцентите.³⁷

Во согласност со Членовите 24, 39 и другите поврзани одредби од Конвенцијата, државите-членки треба да обезбедат здравствени услуги кои се приспособени на посебните потреби и човековите права на сите адолесценти, обрнувајќи внимание на следниве карактеристики: достапност, пристапност, прифатливост и квалитет.³⁸

2.2. Светска здравствена организација

Светската здравствена организација³⁹ (СЗО) е создадена во 1948 година за да ги координира здравствените работи во рамките на системот на Обединетите нации. На државите им било јасно дека за одржување на мирот и безбедноста во светот, што е централната цел на ООН, потребни се и решенија за здравствените проблеми.

Важноста на здравствената заштита на децата и младите е нагласена во Преамбулата на Уставот на СЗО каде се препознава дека здравиот развој на детето е од основно значење; способноста да се живее хармонично во променлива вкупна средина е од суштинско значење за таквиот развој. Во Член 2 на Уставот една од функциите на Организацијата за постигнување на целта е и промовирање на здравјето и благосостојбата на мајките и децата и поттикнување на можноста да се живее хармонично во целосна променлива околина.⁴⁰ Со оглед на природата на организациите, документите на СЗО и ООН се меѓусебно поврзани и се извор на норми и правила за двете организации. Во продолжение ќе разгледаме дел од актите на СЗО кои се посветени на здравствената заштита на децата и младите.

37 Ibid. para 35

38 Ibid. para 36

39 Уставот на СЗО беше усвоен од Меѓународната здравствена конференција што се одржа во Њујорк од 19 јуни до 22 јули 1946 година, потпишан на 22 јули 1946 година од страна на претставници на 61 држава и стапи во сила на 7 април 1948 година.

40 Устав на СЗО. Достапно на https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

2.2.1. Декларација за примарна здравствена заштита од Алма Ата - 1978

Декларацијата на Алма-Ата од 1978 година⁴¹ ја идентификува примарната здравствена заштита како клучна за постигнување на целта на политиката на СЗО за 21 век „Здравје за сите“.

Во првиот Член на Декларацијата силно се потврдува дека здравјето, што претставува состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба и не само отсуство на болест или слабост, претставува основно човеково право и дека добивањето на највисокиот можен степен на здравје претставува најважната социјална цел ширум светот, за чија реализација потребно е да се преземат активности во многу други социјални и економски сектори покрај здравствениот сектор.⁴²

Декларацијата исто така ги предвидува минималните стандарди на примарната здравствена заштита каде покрај во врска со здравствените проблеми кои преовладуваат и методите за нивна превенција и контрола; унапредување на снабдувањето со храна и соодветна исхрана; адекватно снабдување на безбедна вода и основна канализација; наведена е и здравствена заштита за мајки и деца, вклучително и планирање на семејство; имунизација против главните заразни болести итн.⁴³

2.2.2. Декларација за примарна здравствена заштита од Астана - 2018

На 25-ти и 26-ти октомври 2018 година се реafirмираа заложибите изразени во амбициозната и визионерска декларација на Алма-Ата од 1978 година и Агендата за одржлив развој во 2030 година со нова Декларација за примарна здравствена заштита од Астана.⁴⁴

Новата декларација ја обнови политичката посветеност на примарната здравствена заштита од владите, невладините организации, професионалните организации, академските институции и глобалните организации за здравство и развој. Новата декларација беше исто така шанса да се одбележи Декларацијата за примарна здравствена заштита на Алма-Ата од 1978 година и да се рефлектира на досегашните достигнувања и на работата што претстои.⁴⁵

Декларацијата од Астана во својот 5-ти Член повикува на изградба на одржлива примарна здравствена заштита која ќе се спроведе во согласност со националното законодавство, контексти и приоритети и јакнење на здравствени системи со инвестирање во примарната здравствена заштита вклучително и не ограничувајќи се на меѓу другото подобрување на здравјето на мајката, новороденчето, детето

41 Декларација од Алма Ата, Меѓународна конференција за примарна здравствена заштита,

Алма Ата, 6-12 септември 1978. Достапно на: https://www.who.int/docs/default-source/documents/al-maata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

42 Член I од Декларацијата примарна здравствена заштита од Алма Ата

43 Член VI од Декларацијата примарна здравствена заштита од Алма Ата

44 Декларација за примарна здравствена заштита од Астана, 2018, Астана, Казакстан. Достапно на <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (пристапено на 9 мај 2021)

45 Повеќе на <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>

и адолесцентот; и ментално здравје и сексуално и репродуктивно здравје.⁴⁶

2.2.3. „Здравје 21“ - Рамка за Здравје за сите за Европскиот регион на СЗО

Здравје за сите е цел на СЗО, која е популаризирана од 1970-тите и предвидува обезбедување здравје и благосостојба на луѓето ширум светот. Тоа е основа за примарна стратегија за здравствена заштита на СЗО за промовирање на здравјето, човечкото достоинство и подобриот квалитет на живот.

Политиката за „Здравје за сите во дваесет и првиот век“, усвоена од Светската заедница во мај 1998 година, има за цел да ја реализира визијата за здравјето на сите - визија родена во Светското здравствено собрание во 1977 година и започната на Конференцијата во Алма-Ата во 1978 година. Политиката поставува глобални приоритети и десет цели кои ќе создадат услови за луѓето ширум светот да достигнат и одржат највисоко ниво на здравствено достигнување во текот на нивниот живот.

Регионалната европска политика за Здравје за сите е одговор на повикот на Светската здравствена декларација за регионалните и национални политики што треба да се развиваат врз основа на глобалната политика. Таа конкретно се однесува на ситуацијата и потребите во рамките на Европскиот регион, како и на регионалниот одговор, а е усвоена во 1991 година и обновена во 1998 година.⁴⁷

Во делот посветен на здравјето на младите документот за политики се занимава со здравствените потенцијали кои произлегуваат за време на детството и адолесценцијата или периодот од влегување во училиште до влез на пазарот на трудот. Исто така, ги зема предвид животните настани како што се стекнување социјални и здравствени вештини, пубертет и преземање одговорности во општеството. Детството и адолесценцијата се фази од животот за време на кои има посебни периоди на интелектуален и физички развој и за време на кои се стекнуваат доживотни социјални и здравствени вештини. Способноста на младите да донесуваат одлуки за нивното здравствено однесување е најголема кога тие можат да учествуваат во влијанието врз сопственото социјално, физичко и образовно опкружување.⁴⁸

Во однос на здравствените услуги за повозрасните деца и адолесцентите, документот предвидува дека истите може да се подобрат доколку здравствените политики за младите се посеопфатни, вклучуваат јавно здравје, здравствена промоција и интегрирано управување со болести кај деца. Услугите треба да се усогласени со амбиентот на секојдневниот живот (домашна средина, училишта и други образовни институции и рекреативни установи). Тие треба да бидат засновани на концептите на примарна здравствена заштита и здравствени услуги ориентирани кон семејството. Програмите за превенција од повреди врз основа на заедницата, опфаќајќи ги сите поставки во кои живеат деца и адолесценти, треба да го опфаќаат

46 Член 5 од Декларацијата примарна здравствена заштита од Астана

47 Здравје 21 -Рамка за здравјето за сите за Европскиот регион на СЗО. Регионална канцеларија на СЗО за Европа. Достапно на https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga-199heeng.pdf (пристапено на 7 мај 2021)

48 Ibid

целиот регион. Хронични болести, функционални нарушувања со физички манифестации, психосоматски проблеми и ментални нарушувања можат поефикасно да се решат ако медицинската нега е комбинирана со психолошки, социјални и образовни услуги. Мора да се развијат специјални програми за превенција и интервенција за младите за справување со прашања како што се употреба на дрога, самоубиство, конзумирање алкохол и несреќи, и тие треба да бидат развиени во партнерство со социјални, образовни и други релевантни сектори. Здравјето на повозрасните деца и адолесцентите може да се подобри ако се намалат бариерите за пристап до здравствените услуги преку информативни кампањи и со заштита на доверливоста на младите, организирање разновидни часови на деловно работење, организирање услуги за помош и сл.

2.2.4. Здравје 2020 - Европска рамка за политики за поддршка на акција низ владата и општеството за здравје и благосостојба

53-те земји од Европскиот регион одобрија рамка за здравствена политика заснована на вредности и докази за регионот, Здравје 2020, на сесијата на Регионалниот комитет на СЗО за Европа во септември 2012 година. Здравје 2020 се фокусира на подобрување на здравјето за сите и намалување здравствени нееднаквости, преку подобро лидерство и управување со здравјето. Се фокусира на најголемите здравствени проблеми на денешницата. Оваа рамка идентификува четири приоритетни области за дејствување на политиките и е иновативна во однос на одговорите на сите нивоа и сектори на владата и општеството, нагласувајќи развој на средства и флексибилност во рамките на заедниците, зајакнување и создавање поддршка на средини. Во него се дадени детали за зајакнатите улоги на јавните здравствени услуги и здравствениот систем. Здравје 2020 беше одобрен во две форми: рамка на европска политика што поддржува дејствување низ владата и општеството за здравје и благосостојба за политичарите и оние што развиваат политики, како и подолга рамка за политика и стратегија „Здравје 2020“, што дава повеќе оперативни детали.⁴⁹

53-те држави согласувајќи се за новата рамка за заедничка политика – Здравје 2020, се согласија за заедничките цели кои се „значително подобрување на здравјето и благосостојбата на населението, намалување на здравствените нееднаквости, зајакнување на јавното здравје и обезбедување на луѓето во центарот здравствени системи кои се универзални, правични, одржливи и квалитетни“.

Рамката Здравје 2020 ги потврдува вредностите на „Здравје за сите“ и идентификува две клучни стратешки насоки со четири политички приоритетни области на дејствување. Се надоврзува на искуствата стекнати од претходните политики „Здравје за сите“ за водење и на земјите-членки и на регионалната канцеларија на СЗО за Европа.⁵⁰

Правата на децата и младите се дел од Приоритетната област 1 на рамката Инвестирање во здравје преку животен пристап и зајакнување на луѓето, каде е потенцирано дека поддршката на добро

49 Здравје 2020 - Европска рамка за политики за поддршка на акција низ владата и општеството за здравје и благосостојба, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2012. Достапно на https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf (пристапено на 7 мај 2021)

50 Ibid

здравје во текот на целиот животен век доведува до зголемување на здравиот животен век и долговечност и дека двете може да дадат важни економски, општествени и индивидуални придобивки.⁵¹

Рамката понатаму предвидува дека програмите за унапредување на здравјето засновани врз принципите на ангажирање и зајакнување нудат вистински придобивки, а тие вклучуваат: создавање подобри услови за здравје, подобрување на здравствената писменост, поддршка на независно живеење и правење на поздрав избор полесен избор. Понатаму, тоа значи да се направи бременоста безбедна; овозможување здрав почеток на животот; промовирање на безбедност и благосостојба и давање заштита на децата и младите; промовирање на здрави работни места и поддршка на здраво стареење.⁵²

2.2.5. Инвестирање во децата: Европска стратегија за здравјето на децата и адолесцентите 2015-2020

Со цел промовирање на здравјето на децата во Европа, Регионалната канцеларија на Светската здравствена организација за Европа разви Стратегија за здравјето на децата и адолесцентите (2015-2020)⁵³, која беше усвоена од сите земји-членки на Европскиот регион на СЗО како продолжение на Европска стратегија за здравје и развој на децата и адолесцентите на СЗО од 2005 година⁵⁴.

Во стратегијата се потенцира дека здравјето на децата и адолесцентите е важно за секое општество. Мерките за заштита и подобрување на здравјето и развојот на децата и адолесцентите се воспоставени низ Европскиот регион на СЗО, но може да се направи многу повеќе за да се промовира подобро здравје и благосостојба и поголема еднаквост. Иако здравјето на децата и адолесцентите во регионот покажува постојано подобрување, постојат многу причини за загриженост.

И покрај значителниот напредок во последните децении, постојат разлики во здравјето на децата меѓу и во рамките на земјите. Дури и во богатите општества, подобрувањата во оваа област ќе бараат промена на целокупниот владин пристап и сеопфатни политики, честопати вклучувајќи значителни системски промени, за да се обезбеди правична дистрибуција на здравјето и благосостојбата за децата и адолесцентите.⁵⁵

Генералните цели на обновената стратегија се:

- овозможување на децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО да го реализираат својот целосен потенцијал за здравје, развој и благосостојба, и
- да го намалат товарот на болести и морталитет што може да се избегнат.

51 Ibid

52 Ibid

53 The European child and adolescent health strategy 2015–2020, WHO, Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014. Достапно на https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf (пристапено на 7 мај 2021)

54 Ibid

55 Ibid

Земјите ќе постават свои цели за да ги задоволат нивните специфични потреби.

Специфичните цели на Стратегијата се:

- промовирање на управување, партнерства и меѓусекторско дејствување на сите нивоа на општеството;
- зајакнување на здравствените системи насочени кон луѓето и јавните здравствени капацитети за подобрување на здравјето и развојот на децата и адолесцентите, и
- адресирање на социјалните детерминанти на здравјето и јазот во еднаквоста на децата, адолесцентите, родителите и старателите.

Во Стратегијата понатаму се препорачува земјите што ги ревидираат и развиваат здравствените стратегии за деца и адолесценти да ги вклучат следниве водечки принципи во нивните формулации:

- усвојување пристап кон текот на животот;
- усвојување пристап информиран со докази;
- промовирање силни партнерства и меѓу секторска соработка, и
- усвојување пристап заснован на човекови права.⁵⁶

2.2.6. Состојбата на здравјето на децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО

Имплементацијата на Европска стратегија за здравјето на децата и адолесцентите 2015-2020 беше следена преку профилите на земјите, собирајќи постојни здравствени податоци и одговори на анкета испратена до сите 53 европски министерства за здравство.

Резултатите од мониторингот се сумирани во Извештај за состојбата на здравјето на децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО од 2017⁵⁷ кој помага да се прегледаат достигнувањата и да се решат празнините во остварувањето на целосниот потенцијал за здравјето и благосостојбата на децата и адолесцентите .

Резултатите покажуваат дека три четвртини од земјите имаат усвоено или се во фаза на усвојување стратегија за здравје на дете и адолесцент. Секоја четврта земја нема таква стратегија. Помалку од половина од оние со постоечка стратегија имаат самостојна стратегија за здравјето на децата и адолесцентите, а 12 земји што во моментот подготвуваат стратегии имаат за цел да обезбедат тие да се самостојни документи. Скоро половина од земјите со стратегија имаат наменет буџет за тоа и имаат воспоставено системи за мониторинг.⁵⁸

Во врска со индикаторите за здравствените системи и квалитетот на грижата за здравјето на децата и адолесцентите, фокусирајќи се на доказите за зајакнување на здравствените системи насочени

56 Ibid

57 Извештај за состојбата на здравјето на децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2017, Достапно на https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf (пристапено на 7 мај 2021)

58 Ibid

кон луѓето и зголемувањето на јавните здравствени капацитети за подобрување на здравјето и развојот на децата и адолесцентите клучните наоди се следните:

- Околу половина од земјите имаат системи за мешана нега во кои општите лекари (матични лекари) и педијатрите обезбедуваат примарна грижа за децата; во 10 земји, тоа се само педијатри.
- Постои изразена варијабилност во нивоата на персонал во здравствената заштита на децата и адолесцентите помеѓу урбаните и руралните средини; половина од земјите ги собираат овие информации.
- Една четвртина од земјите немаат воспоставен систем за обука на здравствени работници за здравјето на адолесцентите.
- Трети од земјите не вршат редовни перинатални контроли на смртта. Списоците со есенцијални лекови и педијатриските формулации за есенцијални лекови не се широко достапни низ целиот регион.
- Околу две третини од земјите имаат политика за олеснување на преминот од детска грижа за возрасни за да обезбедат континуитет на грижа.⁵⁹

Извештајот изведува заклучок дека здравствените системи за деца и адолесценти во Европскиот регион на СЗО се разновидни. Некои имаат педијатри како примарни даватели на услуги, додека други имаат матични лекари. Овие системи имаат свои силни и слаби страни, но сите зависат од доволен број даватели на услуги кои се достапни и имаат вештини за работа со деца и адолесценти и да ги разберат нивните здравствени услови. Суштински список на лекови за деца и педијатрски формулации на сите основни лекови се важни алатки за усвојување од земјите низ целиот регион. Исто така, важни се и развојот и имплементацијата на национални стандарди за квалитет, системи за следење и процеси за подобрување на квалитетот во согласност со стандардите на СЗО се потребни насекаде.

2.2.7. Насоки на СЗО за сексуално и репродуктивно здравје и права на адолесцентите

Адолесцентите се хетерогена група со различни потреби и развој, во зависност од нивните фази на личен развој и животните околности. На адолесцентите им е потребна заштита од штета од една страна и поддршка за да донесуваат независни одлуки и да постапуваат по нив од друга страна. Потребни им се здравствени и советодавни услуги што можат да придонесат да ја одржат добрата здравствена состојба или пак да се вратат во добро здравје кога се болни или повредени.

Насоките на СЗО во насока на подобрување на сексуалното и репродуктивното здравје и права на адолесцентите бараат градење знаење и вештини, градење индивидуални и социјални средства, обезбедување безбедна животната средина и обезбедување здравствени и советодавни услуги.

Во согласност со Оперативната рамка на СЗО за сексуално здравје и неговите врски со репродуктивното здравје, овие насоки на СЗО даваат препораки за решавање на проблемите во врска со сексуалното и репродуктивното здравје и проблемите кои можат да бидат важни за човековите права, здравјето и благосостојбата на адолесцентите (на возраст од 10–19 години).

Затоа, се препорачува:

- сеопфатна одредба за сексуално образование;
- советување и обезбедување контрацепција;
- антенатална, интрапартална и постнатална нега;
- безбедна грижа за абортус;
- превенција и нега на сексуално преносливи инфекции;
- превенција и нега на хуман папилома вирусЧ
- насилство врз жени и девојчиња спречување, поддршка и грижа;
- спречување на штетни традиционални практики.⁶⁰

Насоките, ја нагласуваат улогата на можностите за образование и вработување во проширувањето на хоризонтот на адолесцентите и помагање да си направат место за себе во светот. Тие земаат предвид дека на многу места, адолесцентите имаат ограничени можности да растат и да се развиваат до својот целосен потенцијал, и дека сиромаштијата, несигурноста, немоќните социјални норми и ограничувачките закони дополнително ја зголемуваат нивната ранливост на здравствени и социјални проблеми. Родителите (и другите членови на семејството) имаат важна улога во доставувањето интервенции, како што се подготовка на девојчиња и момчиња за пубертет и градење на правични родови норми. Тие исто така имаат улога да им помогнат на адолесцентите да пристапат до интервенции што се обезбедуваат во заедницата, како што се вакцините против хуман папилома (ХПВ) и доброволно медицинско обрежување кај мажите.

На адолесцентите им се потребни различни здравствени, образовни и социјални услуги. Понатаму, правото на адолесценти на возраст под 18 години за овие услуги е зацврстено во Конвенцијата за правата на детето. Реалноста е дека на многу места, ниту давателите на овие услуги, ниту системите во кои тие работат не се насочени кон задоволување на потребите и исполнување на правата на адолесцентите. За да се реши овој широко признат јаз, сè повеќе се прават напори за градење компетентност и емпатија кај наставниците, здравствените работници, социјалните работници и други. Сепак, овие напори треба да се засилат. Обука и поддршка на даватели на услуги и преориентирање на системите во кои тие се дел се клучни за да се обезбедат многу ефективни промотивни, превентивни и лековити интервенции на располагање. Ваквите напори мора да надминат привлечни пристапи од врвот надолу за вклучување на адолесценти, членови на заедницата, даватели на услуги и менаџери за да ги идентификуваат факторите што придонесуваат за слабиот

квалитет и опсег на овие услуги и да дефинираат и спроведуваат пристапи засновани на докази прилагодени на локален контекст.⁶¹

Исто толку е важно да се изградат системи за проценка и отчетност, со значајно вклучување на адолесцентите. Нормите и традициите на заедницата имаат моќно влијание врз здравјето. Тие можат да промовираат прогресивни и про-социјални активности, но на многу места, особено во врска со адолесцентното сексуално и репродуктивно здравје, нормите и традициите попречуваат наместо да помагаат. Традициите можат да вклучуваат широко распространети нееднакви родови норми, норми кои поддржуваат штетни традиционални практики, како што се осакатување на женски гениталии, норми кои го поддржуваат насилството врз жените и девојчињата, норми кои избегнуваат дискусија за сексуалноста и репродукцијата и норми кои се спротивставуваат на обезбедувањето сексуално образование и услуги за сексуално и репродуктивно здравје. Надминувањето на ваквите норми и традиции бараат координирана примена на пристапи засновани на солидно разбирање на факторите кои ги поттикнуваат.⁶²

Законите и политиките овластуваат обезбедување здравствени и социјални интервенции на адолесцентите и бараат од надлежните органи да ги испорачаат, да обезбедат основа за формулирање стратегии и буџети и да ја сигнализираат позицијата на политичкото раководство и Владата за важни прашања. Овозможувачки закони и политики, како што се оние со кои се бара од владите да обезбедат сексуално образование, се во сила во некои земји. Но, тие се повеќе исклучок отколку правило. На многу места, главните бариери вклучуваат: отсуство на закони за овозможување; присуство на контрадикторни закони, како на пример кога закон или политика со која се бара Министерството за здравство да обезбедува контрацептивни информации и услуги за сите лица во репродуктивна возраст е поткопано со друг закон кој бара задолжителна согласност од родителите за обезбедување здравствени услуги на легални малолетни лица; присуство на исклучоци од законите, како на пример, кога законите за стапување во брак можат да бидат поништени по различни основи; и присуство на ограничувачки закони, како што се ограничувања за обезбедување безбедна грижа за абортус. Законите кои бараат согласност од родителите за малолетни лица да добијат здравствени услуги го попречуваат пристапот до информации и услуги за контрацепција и до тестирање и советување за ХИВ. Социјалната стигма може да го попречи барањето грижа за насилство од интимен партнер и сексуално преносливи болести.⁶³

Правните и политички реформи бараат време и залажби, имајќи ги предвид нивните крајни придобивки, тие се од исклучителна важност за адолесцентите во општеството.

2.2.8. Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа⁶⁴

Акцискиот план сексуално и репродуктивно здравје: кон постиг-

61 Ibid

62 Ibid

63 Ibid

64 Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа. Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2016. Достапно на https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/314532/66wd13e_SRHActionPlan_160524.pdf

нување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа има за цел да го забрза напредокот кон подобрување на сексуалното и репродуктивното здравје во согласност со Европската рамка за политика за здравство и благосостојба, Здравје 2020 и се фокусира на приоритетни акциони области и интервенции за да им се помогне на земјите-членки да постигнат целосен потенцијал за сексуално и репродуктивно здравје и благосостојба за сите луѓе.

Третата општа цел на Акцискиот план е посветена на сексуалното и репродуктивното здравје и поттикнува гарантирање универзален пристап до сексуално и репродуктивно здравје и отстранување на нееднаквостите.⁶⁵

Специфичната цел 3.1⁶⁶ предвидува проширување на опсегот и опсегот на услугите за сексуално и репродуктивно здравје за адолесценти.

Клучните активности во рамките на оваа специфична цел вклучуваат:

- воспоставување политики кои ги почитуваат, штитат и исполнуваат правата на адолесцентите во рамките на здравствената заштита, вклучително и сексуалната и репродуктивната здравствена заштита;
- зголемување на способноста на релевантните институции, родители, семејства и старатели да ги поддржуваат децата и младите при донесување информирани, здрави одлуки за сексуално и репродуктивно здравје;
- осигурување дека услугите за сексуално и репродуктивно здравје за адолесценти ги исполнуваат стандардите кои ги дефинираат квалитетните услуги, базирани на докази и достапни, без оглед на социоекономскиот статус, културната или верската припадност, етничката припадност и сексуалната ориентација⁶⁷;
- создавање погодни околинис за подобрување на пристапот на адолесцентите и користење услуги за сексуално и репродуктивно здравје;
- зајакнување на капацитетот на училиштата и обезбедување програми соодветни на возраста, сеопфатни и научно точни информации и услуги за сексуално и репродуктивно здравје и права;
- адресирање и елиминирање на пречките, како што се финансиските бариери и условите за согласност од трета страна за обезбедување услуги и добра на адолесцентите, вклучително и оние од сиромашни или други ранливи, загрозени и тешко достапни сегменти од населението;
- зајакнување на капацитетот и знаењето на здравствените работници за да обезбедат квалитетни услуги за адолесценти, вклучително и адолесценти од ранливи, загрозени и тешко достапни групи;
- осигурување дека сите интервенции насочени кон адолесцентите се развиени со нивно вклучување и одговараат на родот со решавање

65 Цел 3 од Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа

66 Цел 3.1 од Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа

67 Global standards for quality health-care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneva: World Health Organization; 2015. Достапно на http://who.int/maternal_child_adolescent/documents/globalstandards-adolescent-care/en/

на родовата пристрасност во услугите и родово-стереотипните норми и улоги кои ја зголемуваат ранливоста на адолесцентните момчиња и девојчиња и го ограничуваат нивниот пристап до услуги.⁶⁸

Специфичната цел 3.2 предвидува воспоставување и зајакнување на пристапот до услуги за сексуално и репродуктивно здравје за групи на население со специфични потреби.

Клучните активности за исполнување на оваа цел вклучуваат:

- спроведување анализа на ситуацијата на постојните програми и услуги за сексуално и репродуктивно здравје, со особено внимание на дефинирање на потребите и очекувањата на ранливото население, како што се население кое живее во сиромаштија и е во опасност од социјално исклучување;

- вклучување широк спектар на партнери во и надвор од Владата, вклучително и претставници на засегнатите чинители, во формулирање на стратегии и акциони планови за давање услуги на групи на население со специфични потреби;

- договарање за распределба на улогите и одговорностите и координација меѓу релевантните засегнати страни во однос на испорака на услуги за сексуално и репродуктивно здравје до групи население со специфични потреби;

- олеснување на програмите и услугите засновани на докази кои се чувствителни на возраст, пол, сексуална ориентација, родов идентитет, култура и религија;

- намалување на нееднаквостите во објективниот здравствен статус преку обезбедување достапни, правични и соодветни услуги, вклучително и за лица со понизок социоекономски статус и други ранливи, загрозени и тешко достапни групи;

- обезбедување супервизорски и советодавни механизми за да се осигура дека сите услуги се квалитетни, недискриминирачки и ги почитуваат правата на клиентите, вклучително и групи население со специфични потреби; и

- обезбедување можности за повозрасни лица и лица со хронични болести, како што се оние кои страдаат од дијабетес или последици од кардиоваскуларни инциденти, да добијат професионално советување и третман за нивните проблеми со сексуалното и репродуктивното здравје.⁶⁹

Специфичната цел 3.3 се однесува на интегрирање на сексуалното и репродуктивното здравје во националните стратегии и програми за јавно здравје.

Клучните активности вклучуваат:

- преглед на релевантни постојни национални политики и програми за јавно здравје со цел утврдување на нивните врски со глобалните и регионалните стратегии за сексуално и репродуктивно здравје и права за да се обезбеди координирана и ефективна имплементација;

68 Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа. Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2016. Достапно на https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/314532/66wd13e_SRHActionPlan_160524.pdf

69 Ibid

- евалуација на достапните услуги за да се процени дали тие обезбедуваат континуитет на грижа што ги исполнува, на интегриран начин, сите потреби и очекувања на сексуалното и репродуктивното здравје на сите луѓе, без дискриминација, во текот на целиот животен век;
- осигурување дека сексуалното и репродуктивно здравје и права се составен дел од националните иницијативи за развој на повеќе интегрирани здравствени услуги насочени кон луѓето;
- промовирање политики кои го поддржуваат родителството;
- вклучување на образованието и правата за сексуално и репродуктивно здравје во наставните програми за сите релевантни области во образованието и здравствените служби и социјалните работници; и
- поддршка на истражување на неисполнети потреби за подобрување на сексуалното и репродуктивното здравје.

3. СОВЕТ НА ЕВРОПА

3. СОВЕТ НА ЕВРОПА

3.1. Конвенција за заштита на човековите права и основните слободи (ЕКЧП)

Конвенција за заштита на човековите права и основните слободи на Советот на Европа од 1950 година е еден од фундаменталните инструменти за заштита на човековите права и основни слободи во Европа. Иако како таква Конвенцијата не го гарантира експлицитно правото на здравје, Европскиот суд на правда преку неговата пракса има утврдено обврска за државите членки за почитување на ова право.

Оваа обврска произлегува од Членот 2 (право на живот) и Член 8 (право на почитување на приватниот и семејниот живот). Во рамки на правото на живот, Судот утврдил обврска на државите-членки за заштита на лица во контекст на здравствената заштита. Поточно, Судот има утврдено позитивна обврска на државите да создадат прописи кои ги принудуваат болниците, без разлика дали се приватни или државни, да усвојат соодветни мерки за заштита на животот на пациентите и обврска да го обезбедат ефикасното функционирање на таа регулаторна рамка.⁷⁰

Во рамки на правото на почитување на приватниот и семејниот живот, Судот има утврдено дека концептот на приватен живот го покрива и физичкиот и моралниот интегритет на личноста. Ова право создава обврски за државите да ги заштитат индивидуите од насилство од трета страна, заштита на репродуктивните права, заштита од принуден медицински третман или медицинска повреда (покрај стерилизации), заштита на ранливи индивидуи кои страдаат од ментални растројства, да воспостават прописи кои ги принудуваат државните и приватните болници да усвојат соодветни мерки за заштита на физичкиот интегритет на нивните пациенти и да им овозможат пристап на жртвите на медицинска небрежност до постапка во која би можеле, во соодветни случаи, да добијат надомест на штета.⁷¹

Ова право се однесува на сите лица, вклучително и децата, без никаква дискриминација (Член 14, ЕКЧП).

⁷⁰ Член 41 и 42, European Court of Human Rights, Guide on Article 2 of the European Convention on Human Rights: Right to life, 30 април 2021, достапно на: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_2_ENG.pdf

⁷¹ Член 94-126, European Court of Human Rights, Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights: Right to respect for private and family life, home and correspondence, 31 декември 2020, достапно на: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ENG.pdf

3.2. Европска социјална повелба (ЕСП) – ревидирана

Европска социјална повелба од 1996 година, за разлика од Конвенција за заштита на човековите права и основните слободи, експлицитно го гарантира правото на здравје, како и правото на заштита на децата и младинците.

Во Преамбулата на оваа Повелба, договорните страни прифаќаат како цел на својата политиката, што ќе ја водат со сите расположливи национални и меѓународни средства, да биде создавање услови кои ќе овозможат ефикасна примена на следните права и принципи:

[...]

7. Децата и младинците имаат право на посебна заштита од физичките и моралните опасности на кои се изложени.

[...]

11. Секој има право да ги користи погодностите од сите мерки што му овозможуваат уживање на највисокиот можен достапен здравствен стандард.

[...]

13. Секое лице кое нема доволно средства за живот има право на социјална и медицинска помош

[...]

Член 11 од Повелбата го гарантира општото право на здравствена заштита. Со цел да се обезбеди ефикасно остварување на правото на здравствена заштита, договорните страни се обврзуваат, директно, или во соработка со јавните или приватните организации, да преземат соодветни мерки кои, меѓу другото, имаат за цел: (1) да се отстранат, што е можно повеќе, причините за слабото здравје; (2) да се обезбедат советодавни и образовни капацитети за подобрување на здравјето и развој на чувството за лична одговорност за здравјето; (3) да се спречат, што е можно повеќе, епидемии, ендемии и други болести, како и несреќни случаи.

Член 7 пак, е специфично наменет за заштита на децата и младинците во контекст на работното место. Со цел да се обезбеди ефикасно остварување на правото на заштита на децата и младинците, договорните страни се обврзуваат:

[...]

9. да обезбедат, лицата помлади од 18 години, вработени на некои работни места, определени со националните закони или други прописи, да бидат задолжени на редовна лекарска контрола;

10. да обезбедат посебна заштита од физички и морални опасности на кои се изложени децата и младинците, а особено од оние кои се непосредна или посредна последица на нивната работа.

Остварувањето на правата утврдени во Повелбата се обезбедува без каква било дискриминација по која било основа (Дел V, Член E, ЕСП).

3.3. Европска конвенција за остварување на правата на децата

Европска конвенција за остварување на правата на децата била усвоена во 1996 година, а стапила во сила во 2000 година. Самата Конвенција не ги регулира здравствените услуги кај малолетни лица, но им нуди заштита на децата за остварување на нивните права. Предмет на оваа Конвенција е во најдобар интерес на децата да се унапредат нивните права, да им дадат процесни права и да се олесни остварувањето на тие права на тој начин што ќе се обезбеди децата самите или пак преку други лица или органи да бидат информирани и да им се овозможи да учествуваат во постапките пред судските органи во кои тие се засегнати.⁷² Ова е понатаму елаборирано во Преамбулата на Конвенцијата која ги изразува истите принципи како и Конвенцијата за правата на детето од Обединетите Нации:

Убедени дека е потребно правата и најдобрите интереси на децата да се унапредуваат и дека за таа цел децата треба да имаат можност да ги остваруваат нивните права, посебно во постапките од семејните односи во кои тие се засегнати;

Признавајќи дека на децата треба да им се дадат сите потребни информации за да се овозможи тие права и најдобри интереси да бидат унапредувани и дека на ставовите на децата треба да им се даде должно внимание.

За разлика од КПД на ОН, оваа Конвенција се применува на деца кои не наполниле 18 години, без разлика на законите кои се однесуваат на детето на национално ниво.

3.4. Конвенција на Советот на Европа за заштита на деца од сексуална експлоатација и сексуална злоупотреба

Конвенцијата за заштита на децата од сексуална експлоатација и сексуална злоупотреба стапила на сила во 2010 година и е првиот паневропски инструмент кој ги утврдил различните форми на сексуална злоупотреба на деца како кривични дела, вклучително и кога такво злоупотребување е извршено во домот или во семејството или во странство. Тоа е првиот меѓународен договор што го вклучува прашањето на сексуално злоупотребување на деца што се случува во домот или во семејството. Конвенцијата не е отворена за пристапување само кон земјите членки на Советот на Европа, туку и кон земјите кои не се членки.⁷³

⁷² Член 1(2), Европска конвенција за остварување на правата на децата, Совет на Европа

⁷³ Europe's Human Rights Watchdog, Child Abuse, достапно на: https://www.europewatchdog.info/en/international-treaties/treaties_and_monitoring/child-abuse/

Во рамките на оваа Конвенција, под „дете“ се подразбира секое лице под 18 години.⁷⁴

3.5. Насоки за здравствена заштита приспособена на деца

Насоките за здравствена заштита приспособена на деца биле усвоени од Комитетот на Министри во 2011 година и предлагаат интегриран пристап кон развојот на целиот спектар активности за здравствена заштита на децата.⁷⁵ Овој пристап ги става правата, потребите и ресурсите на децата во центарот на здравствените активности, земајќи ги предвид нивното семејство и социјалното опкружување. Промовира политики за обезбедување услуги ориентирани кон деца засновани на специфичните развојни потреби и капацитети на децата, истовремено обезбедувајќи учество на децата на секое ниво на донесување одлуки, во согласност со нивната возраст и степен на зрелост.⁷⁶ За целите на овие Насоки, „дете“ значи секое лице на возраст под 18 години.⁷⁷

Пет принципи, запишани во конвенциите наведени во Преамбулата на овие Насоки се особено релевантни за пристапот кон здравствената заштита приспособена на децата:

1. Учество - право на децата да бидат информирани, консултирани и сослушани, да даваат свои мислења независно од нивните родители и да им се земаат предвид нивните мислења.⁷⁸
2. Промоција - промоцијата ги вклучува сите активности кои им овозможуваат на децата да се вклучат повеќе во прашања кои се однесуваат на нивното здравје и да ја зголемат нивната изложеност на позитивни детерминанти на здравјето (дефинирани како фактори кои го подобруваат здравјето или благосостојбата).⁷⁹
3. Заштита - здравствената заштита ги вклучува сите активности кои ја ограничуваат или избегнуваат изложеноста на децата на каква било опасност, што може да се дефинира како фактор кој има потенцијал да предизвика штета.⁸⁰
4. Превенција - превенцијата е активен процес чија цел е да се избегнат идни здравствени, социјални или емоционални проблеми со цел да се овозможи целосна реализација на човечкиот потенцијал.⁸¹
5. Обезбедување - обезбедувањето се однесува на која било

⁷⁴ Член 3, Конвенција на Советот на Европа за заштита на деца од сексуална експлоатација и сексуална злоупотреба, Совет на Европа

⁷⁵ Council of Ministers (Council of Europe), Guidelines on child-friendly health care, 21 септември 2011, достапно на: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c1527 para. 1

⁷⁶ Ibid. para. 2

⁷⁷ Ibid. para. 4

⁷⁸ Ibid. para. 23-24

⁷⁹ Ibid. para. 25

⁸⁰ Ibid. para. 26

⁸¹ Ibid. para. 27

услуга која придонесува за здравјето и благосостојбата на децата и семејствата, и затоа вклучува повеќе од само традиционални здравствени услуги.⁸²

Здравствената заштита треба да биде лесно достапна за населението. Кога тоа е можно, негата треба да се доставува близу до домот на детето или во позната околина, на пример во градинка или училиште, каде што детето се чувствува удобно и каде што може да се обезбеди неа во партнерство со неговите родители или негуватели. Онаму каде што треба да се даде неа во болница, околината треба да се приспособи за да ги задоволи потребите на детето.⁸³

Имплементацијата бара усвојување и, каде што е потребно, приспособување на овој пристап од страна на сите агенции, организации и професионални групи кои придонесуваат кон здравствените услуги за деца и семејства. Особено е важно да се постигне усогласување и синергија помеѓу:

- креаторите на политики од различни сектори;
- застапниците, давателите и регулаторите на услуги;
- здравствените организации, образовните организации и организациите за социјална грижа.⁸⁴

Од суштинско значење е да се интегрира културата на учење и напредување во процесот на давањето здравствени услуги. Секоја агенција треба да има сличен пристап кон изборот на интервенции базирани на докази, поставување приоритети, одржување на компетентноста на персоналот, работа во тимови и континуирано подобрување на квалитетот.⁸⁵ Чувството на безбедност, сигурност и удобност треба да биде дел од терапевтскиот процес на детето. Ова бара вработените да бидат „пријателски наклонети кон децата“ и културно и клинички компетентни. Здравствената заштита треба да се обезбеди во средина која е приспособена за деца и одделно од возрасните, кога тоа е соодветно. Стравот, непријатноста и болката треба да се препознаат, проценат и адресираат со употреба на интервенции соодветни за возраста на детето.⁸⁶

82 Ibid. para. 28

83 Ibid. para. 50

84 Ibid. para. 52

85 Ibid. para. 53

86 Ibid. para. 54

4. ЕВРОПСКА УНИЈА

4. ЕВРОПСКА УНИЈА

Пристапот на Европската унија (ЕУ) кон заштитата на правата на децата еволуираше низ годините, под влијание на темпото на европска интеграција, развојот на концептот на европско државјанство, демографски промени и проширување на ЕУ. Во 90-тите, прашањето за правата на децата беше помалку релевантно за агендата на ЕУ и ЕУ имаше прилично ограничена надлежност во областа на основните права. Но, правата на децата постепено добија зголемено значење благодарение на новите компетенции стекнати од ЕУ на ова поле. Тоа се рефлектира и со вклучувањето на правата на детето во Повелбата за основните права на ЕУ, во која се наведува дека децата ќе имаат право на таква заштита и грижа што е неопходна за нивната благосостојба.⁸⁷

Најзначајниот развој на европско ниво во оваа насока е стапувањето на сила на Лисабонскиот договор со кој се утврдува меѓу целите на Унијата „заштита на правата на детето“, при што Европската повелба за основните права (Повелбата) стана обврзувачка. Со тоа, заштитата на правата на децата е загарантирана од институциите на ЕУ, како и од земјите на ЕУ кога тие го спроведуваат правото на ЕУ.

Независно од својот правен статус пред Договорот од Лисабон, ЕУ имаше развиено различни алатки за заштита на децата врз основа на ЕКЧП и одредбите на Конвенцијата за правата на детето на ООН уште од нејзиното прогласување во 2000 година - Повелбата за основните права. Овие алатки вклучуваат правни инструменти, најдобри практики, документи за насоки, активности за политика и финансиска помош за политички дијалог во и надвор од ЕУ кои опфаќаат прашања како што се насилство, трговија со луѓе, дискриминација, сиромаштија, труд, здравство и образование.⁸⁸

4.1. Договорот за Европската унија

Договорот за Европската унија (ДЕУ) ја утврдува обврската на Унијата да промовира заштита на правата на детето. Повелбата за основните права на Европската унија, регулативите и директивите на ЕУ, како и јуриспруденцијата на Судот на правдата на ЕУ, придонесоа за понатамошно утврдување на заштитата на правата на децата.

Пред стапувањето на сила на Договорот од Лисабон, правата на децата беа адресирани само како дел од општата обврска на Договорот за почитување на основните права. Стапувањето на

⁸⁷ EU Framework of Law for children's rights, Directorate General for Internal Policies, 2009. Достапно на [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/462445/IPOL-LIBE_NT\(2012\)462445_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/462445/IPOL-LIBE_NT(2012)462445_EN.pdf)

⁸⁸ Ibid

сила на Лисабонскиот договор експлицитно предвидува заштита на правата на децата како цел на ЕУ (Член 3 ДЕУ) и ја интегрира Повелбата во правната рамка на ЕУ. Договорот за Европската унија (ДЕУ) се потпира и на Европската конвенција за човекови права од 1950 година (ЕКЧП) и на Конвенцијата на Обединетите нации за правата на детето од 1989 година.

Иако ЕУ не е потписник на Конвенцијата на ООН за правата на децата како посебна страна, правата на децата се составен дел од човековите права кои се заштитени и почитувани во рамките на Унијата. Ова е експлицитно споменато во Договорот на Европската унија, кој вклучува заштита на правата на детето како експлицитна цел, не само во рамките на ЕУ, туку и во нејзините односи со поширокиот свет.⁸⁹ Поточно, Членот 3 (3) од ДЕУ вели дека: „Унијата... ќе се бори против социјалното исклучување и дискриминација и ќе промовира социјална правда и заштита, еднаквост меѓу жените и мажите, солидарност меѓу генерациите и заштита на правата на детето“. Членот 3 (3) од Договорот за ЕУ се фокусира, меѓу другото, на заштитата на правата на децата, исто како и Членот 24 од Повелбата за основните права на ЕУ. Во Членот 3 (5) се наведува дека „во своите односи со останатиот свет, Унијата ги поддржува и ги промовира своите вредности и интереси и придонесува за заштитата на своите граѓани. Унијата придонесува за мирот, безбедноста, одржливиот развој на Земјата, солидарноста и заедничката почит меѓу народите, слободна и праведна трговија, искоренување на сиромаштијата и заштита на човековите права, особено правата на детето, како и за строго почитување и развој на меѓународното право, вклучително и почитување на начелата од Повелбата на Обединетите нации.“ Во Членот 6 (1) од ДЕУ понатаму се вели дека: „Унијата ги признава правата, слободите и принципите утврдени во Повелбата за основните права на Европската унија“, а самата Повелба содржи специфично упатување на правата на детето.⁹⁰

Членовите 3 (3), 3 (5) и 6 (1) од Договорот за ЕУ содржат експлицитни заложби за заштита на правата на детето, како помеѓу земјите-членки, така и при надворешно дејствување. Покрај тоа, постојат и други неспецифични одредби кои се релевантни во врска со интеграцијата на лицата со попреченост (Член 26 (1)) - семејни права (Член 7), социјално осигурување и помош (Член 34 (3)) и здравствена заштита (Член 35).

4.2. Повелба за основните права во Европската Унија

Повелбата за основните права на ЕУ⁹¹ преставува правно обврзувачки

89 Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child - Status report for the European Union. 2017. Достапно на https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/2017_right_healthcare_child_en.pdf

90 Договорот од Лисабон, потпишан на 13 декември 2007 година во Лисабон и кој влезе во сила на 1 декември 2009 година. Достапно на [https://www.sep.gov.mk/data/file/Publikacii/Dogovor%20od%20Lisabon\(1\).pdf](https://www.sep.gov.mk/data/file/Publikacii/Dogovor%20od%20Lisabon(1).pdf)

91 Повелба за основните права во Европската унија, прогласена на 7 декември 2000 година од странана Европскиот Парламент, Советот на министри и Европската комисија, стапена во сила на 1 декември 2009 година. Достапно на https://eeas.europa.eu/archives/delegations/the_former_yugoslav_republic_of_macedonia/documents/more_info/publications/charteroffundamentalrights_mk.pdf

каталог на норми за човековите права кои постојат и се дел од вредностите на кои се заснова Европската Унија. Иако усвоена на

Советот во Ница во 2000 година, својот правно-обврзувачки карактер го доби со стапувањето на сила на Договорот од Лисабон во декември 2009 година. По стапувањето на сила на Договорот од Лисабон во 2009 година, Повелбата за фундаменталните права има иста правна вредност како договорите на Европската Унија. Повелбата за основните права во ЕУ содржи низа на граѓански, политички, економски и социјални права кои им припаѓаат на сите европски граѓани и жители, ги вклучува правата од Европската Конвенција за човекови права (ЕКЧП) и додава некои нови.

Повелбата е обврзувачка за институциите и телата на ЕУ и за земјите-членки кога тие го спроведуваат законодавството на ЕУ. Ова го трансформираше начинот на почитување и унапредување на правата на децата во законодавството и креирањето на политиките на ЕУ, особено поради тоа што оваа Повелба ги содржи првите детални препораки на правата на децата на уставно ниво на ЕУ.⁹²

Во Членот 2, Повелбата го предвидува правото на личен интегритет и информираната согласност во врска со одлуки за здравствени процедури. Конкретно - „Секој има право на почит за неговиот или нејзиниот физички или ментален интегритет. Во областите на медицината и биологијата, следното мора особено да се почитува: а) слободна и заснована врз информации согласност на засегнатото лице, во согласност со процедурите што се утврдени со закон;...“⁹³

Оваа Повелба во Членот 24 ги заштитува правата на децата предвидувајќи дека „Децата ќе имаат право на таква заштита и грижа каква што е неопходна за нивната добросостојба. Тие можат слободно да ги изразуваат своите гледишта. Нивните гледишта ќе се земаат предвид за прашања кои ги засегаат согласно нивната возраст и зрелост. Во сите активности кои се однесуваат на деца, без разлика дали истите ги преземаат државните власти или приватни институции, примарна важност ќе имаат најдобрите интереси за детето. Секое дете ќе има право редовно да одржува личен однос и директен контакт со двајцата родители, освен доколку тоа не е во спротивност со неговите или нејзините интереси.“⁹⁴

Понатаму, во својот Член 35, Повелбата за основните права на ЕУ го регулира пристапот до здравствена заштита на граѓаните на ЕУ и нејзините жители во кој се наведува дека „секој има право на пристап до превентивна здравствена заштита и право на медицинско лекување под услови утврдени со националните закони и практики. Во дефинирањето и спроведувањето на сите политики и активности на Унијата ќе се обезбеди повисоко ниво на човечка здравствена заштита.“⁹⁵

92 Физибилити студија за детска гаранција – Финален извештај, Европска Комисија, 2020. Достапно на <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c312c468-c7e0-11ea-adf7-01aa75ed71a1/language-en>

93 Член 3 – Право на личен интегритет, Повелба за основните права во Европската унија

94 Член 24 – Правата на детето, Повелба за основните права во Европската унија

95 Член 35 – Здравствена заштита, Повелба за основните права во Европската унија

4.3. Европски столб на социјални права

Европскиот столб за социјални права е иницијатива покрената од Европската комисија со многу амбициозни цели - да се врати социјалната димензија на ЕУ, да се ребалансираат економските политики со социјални размислувања, повторно да се поврзат со европските граѓани, а во исто време да се решат клучните прашања поврзани со промените во светот на работата и општеството почесто, промовирајќи повисоки социјални стандарди.⁹⁶ Европскиот столб на социјални права го утврдува правото на децата да бидат заштитени од сиромаштија.

Дваесетте принципи на Европскиот столб за социјални права се преставени од страна на Европската комисија како водилки кон силна социјална Европа која е фер, инклузивна и полна со можности.⁹⁷

Во поглавјето III кое е посветено на социјална заштита и вклученост се наоѓаат принципите: 11. грижа за децата и поддршка на децата и 16. здравствена заштита. Единаесеттиот принцип предвидува дека „децата имаат право на достапно образование за рано детство и грижа за добар квалитет. Децата имаат право на заштита од сиромаштија. Децата од загрошено потекло имаат право на специфични мерки за подобрување на еднаквите можности.“ Шеснаесеттиот принцип е посветен на здравствена заштита и предвидува дека „секој има право на навремен пристап до достапна, превентивна и куративна здравствена заштита со добар квалитет“.⁹⁸

Со цел имплементација на принципите на Европскиот столб на социјални права во врска со здравствената заштита и нега, а имајќи ја предвид КОВИД-19 кризата, Европската комисија ќе:

- предложи иницијатива за долгорочна грижа во 2022 година за да постави рамка за реформи во политиките за насочување на развој на одржлива долгорочна нега што обезбедува подобар пристап до квалитетни услуги за оние на кои им е потребна помош;
- предложи нови алатки за подобро мерење на бариерите и празнините во пристапот до здравствената заштита (2021-2022);
- предложи Европскиот простор за здравствени податоци да го промовира пристапот до здравствените податоци за подобра здравствена заштита, истражување и креирање политики и да поттикне развој, распоредување и примена на дигитални услуги за обезбедување здравствена заштита;

Комисијата охрабрува:

- земјите-членки да инвестираат во здравствена заштита и

96 Европскиот столб за социјални права. Прогласен од Европскиот парламент, Советот и Комисијата го во 2017 година на Самитот во Гетеборг. Достапно на <https://www.epr.eu/what-we-do/policy-analysis/european-pillar-of-social-rights/>

97 Повеќе на https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en#chapter-iii-social-protection-and-inclusion

98 Ibid

здравствена работна сила, подобрување на нивните услови за работа и пристап до обука;

• земјите-членки да ја зајакнат дигитализацијата на нивните здравствени системи и да се справат со здравствените нееднаквости.⁹⁹

4.4. Директива 2000/43/ЕС од 29-ти јуни 2000 година за примена на начелото за еднаков третман помеѓу лицата независно на расното или етничко потекло

Директивата 2000/43 / ЕС¹⁰⁰, со која се спроведува принципот на еднаков третман помеѓу лицата без оглед на расно или етничко потекло (Директива за расна еднаквост), забранува дискриминација врз основа на раса или етничка припадност не само во контекст на вработување и пристап до добра и услуги, но исто така и во врска со системот на социјална помош (вклучително и социјалната заштита, социјалното осигурување и здравствената заштита) и образованието опфаќајќи ја заштитата на децата и младите луѓе во таа насока.

4.5. Стратегија за правата на децата и Гаранција за деца на ЕУ

Европската комисија, на 17-ти февруари 2011 година, презентираше Агенда за зајакнување на правата на децата преку принципите содржани во Повелбата на ЕУ за фундаменталните права, со цел да се реafirмира цврстата определба на сите ЕУ институции, земјите-членки, за унапредување и заштита на правата на децата. Тогаш, Европската стратегија 2020 ја постави Визијата за 21 век на Европа - подобро образование на децата и пристап до услугите.¹⁰¹

Триесет години по усвојувањето на Конвенцијата на ООН за правата на детето, во 2019 година беа донесени нови развојни политики на ниво на ЕУ. Новата Европска комисија се обврза да донесе нова сеопфатна Стратегија за правата на децата¹⁰². Нејзините приоритети вклучуваат воспоставување Гаранција за деца на ЕУ. Ова е важно затоа што и покрај малото подобрување, речиси едно од четири деца во Европа е во ризик од сиромаштија или социјална исклученост.

Агенцијата за фундаментални права на ЕУ забележува дека децата се возрасна група со најголема опасност од сиромаштија или социјално исклучување во повеќе од половина од земјите на ЕУ, додека во скоро сите други земји, детската сиромаштија е на второ место

⁹⁹ Повеќе на <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/#chapter2>

¹⁰⁰ Директива 2000/43/ЕС од 29 јуни 2000 за примена на начелото за еднаков третман помеѓу лицата независно на расното или етничко потекло. Достапно на <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000L0043>

¹⁰¹ Планови на еу за заштита на децата и почитување на нивните права во европа и пошироко. 2011. Достапно на https://www.sobranie.mk/2011-a6c39ff6-cdff-4acd-8561-c8ef558d487e-ns_article-pla-novi-na-evropskata-unija-za-zashtita-na-decata-i-pocituvanje-na-nivnite-prava-vo-evropa-i-poshiro.nspх

¹⁰² Стратегија за правата на децата и Гаранција за деца на ЕУ. Повеќе на: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child-and-european-child-guarantee_en#:~:text=Search-,The%20EU%20Strategy%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child%20and,basic%20services%20for%20vulnerable%20children.

според највисоката позиција. Покрај тоа, одредени ранливи групи деца, како што се деца со попреченост, деца Роми и деца мигранти, се соочуваат со проблеми при пристапот до здравствени услуги.¹⁰³

Гаранцијата за деца на ЕУ се очекува да обезбеди дека секое дете кое живее во сиромаштија, особено оние во ранливи ситуации, има пристап до соодветна исхрана, пристојно домување и бесплатна здравствена заштита, образование и предучилишно образование и грижа. Ова ќе придонесе за исполнување на законските заложби на ЕУ и на земјите-членки во областа на правата на детето. Исто така, тоа би помогнало во спроведувањето на најголемата заложба од Агендата за одржлив развој 2030, а тоа е никој да не биде изоставен. Европскиот парламент ја истакна важноста на соодветното финансирање на ниво на ЕУ и на национално ниво за поддршка на идната Гаранција за деца. Тој предложи земјите членки да издвојат најмалку 5,9 милијарди евра од Европскиот социјален фонд за програмскиот период од 2021 до 2027 година за поддршка на Гаранцијата за деца.¹⁰⁴

Тематското подрачје 2 од Стратегијата на ЕУ за правата на детето е посветено на социо-економска инклузија, здравство и образование и предвидува акции на ЕУ за борба против сиромаштијата, промовирање на инклузивни и пријателски настроени програми за деца, системи за здравство и образование.¹⁰⁵

4.6. Имплементација на правото на здравствена заштита според Конвенцијата на ООН за правата на детето - Извештај за статусот на Европската унија¹⁰⁶

Подобност за здравствена заштита на децата и младите во земјите на ЕУ

Главната форма на законско покривање за децата зависи од видот на здравствениот систем. Во ЕУ се идентификуваат три широки категории:

- Во потрадиционалните системи за социјално здравствено осигурување (Австрија, Белгија, Франција, Германија, Грција, Луксембург, Холандија, Полска, Романија), децата обично се индиректно опфатени како зависници на родител или старател (на пример, згрижувачки родител, баба и дедо) кој е директно осигурен. Сепак, некои категории деца можат да бидат опфатени самостојно: деца без родители, деца со попречености, странски малолетници без придружба.
- Во здравствените системи финансирани од данок, децата

¹⁰³ Правата на децата во ЕУ – Одбележување на 30 години од Конвенцијата на ООН за правата на детето. Достапно на [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2019/644175/EPRS_BRI\(2019\)644175_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2019/644175/EPRS_BRI(2019)644175_EN.pdf)

¹⁰⁴ Извештај за основните права 2020 година, Агенција за фундаментални права на ЕУ, стр 15. Достапно на https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-fundamental-rights-report-2020-opinions_mk.pdf

¹⁰⁵ Повеќе на https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/socio-economic-inclusion-health-and-education_en

¹⁰⁶ Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child - Status report for the European Union. 2017. Достапно на https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/2017_right_healthcare_child_en.pdf

обично се покриваат директно врз основа на нивниот статус на престој (Данска, Кипар, Финска, Ирска, Италија, Малта, Шпанија, Португалија, Шведска, Велика Британија).

• Во хибридни и мешани форми на системи за социјално здравствено осигурување кои беа развиени во некои земји-членки на ЕУ13 по политичката транзиција во 1990-тите, децата се осигурени од државата врз основа на нивниот статус на престој. Ова значи дека тие имаат директно законско право на законско покритие за кое или државата го плаќа придонесот (Бугарија, Хрватска, Чешка, Унгарија, Летонија, Литванија, Словачка) или тие се поврзани како осигуреници без придонес (Естонија, Словенија).

Иако сите земји-членки на ЕУ ја имаат ратификувано Конвенцијата за правата на детето, само четири (Кипар, Хрватска, Италија и Шпанија) имаат воведено законска одредба која ги гарантира правата на сите деца кои живеат на нивна територија, без оглед на нивниот правен статус (националност, социјално осигурување или престој). Две од нив (Кипар и Италија) експлицитно се повикуваат на Конвенцијата. Седум други земји (Франција, Грција, Малта, Полска, Португалија, Романија, Шведска) обезбедуваат здравствена заштита на сите групи деца кои живеат на нивна територија преку редовно законодавство за здравствена заштита со утврдување критериуми за подобност или со организирање посебни дополнителни шеми за специфични групи кои спаѓаат надвор од главната законска покриеност. Во земјите со законско здравствено осигурување, кои се засноваат на професионалниот статус на родителот и/или на исплата на придонеси или премии за осигурување, се појавува јаз во кој одредени деца може да останат без покритие, особено ако родителите или старателите не ги исполнуваат административните или финансиските услови за законско здравствено осигурување.¹⁰⁷

Овој ризик има тенденција да биде поголем во системите за законско здравствено осигурување, кои се засноваат на професионалниот статус на родителот и/или на плаќање придонеси или премии за осигурување. Во Австрија, подобноста на додатоци за деца е услов за законско здравствено осигурување како зависно дете. Децата кои живеат во заедничко домаќинство со родители кои не се задолжително здравствено осигурени (на пример, вработените со надоместок под границата со ниски примања и учениците кои имаат право на доброволно самоосигурување) можат да останат без покритие. Во Белгија децата се генерално ко-осигурени за здравствени услуги (само децата без родители кои добиваат надоместок и децата од 15 години и постари кои се прогласени за инвалиди се директно осигурени). Доколку родителите или старателите не ги исполнуваат административните или финансиските услови за законско здравствено осигурување (приближно 1% од вкупното население)¹⁰⁸, нивните деца исто така можат да станат здравствено неосигурени. Меѓутоа, во тие случаи, воспоставени се алтернативни аранжмани за да се гарантира пристап до грижа.

107 Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child - Status report for the European Union. 2017. Достапно на https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/2017_right_healthcare_child_en.pdf

108 Ibid

Деца жители и деца со редовно престојувалиште

Децата со редовно престојувалиште во ЕУ без вработување или приход (или со приход под одреден праг) кои не можат да се потпрат на ко-осигурување кај директно осигурен родител или старател, можат да бидат директно осигурени без да плаќаат личен придонес. Повторно, со цел да се избегне децата да не бидат осигурени, неколку земји-членки воведоа мерки за стабилизирање на правата и обезбедување континуитет на покриеноста. Ова понекогаш се прави со раздвојување на правата од обврската за плаќање придонеси за осигурување или дури и со воспоставување индивидуално и директно право на законски здравствени услуги. На пример, во Франција, реформата на универзалната здравствена заштита што стапи на сила на 1-ви јануари 2016 година, воспостави стабилно и персонализирано право на здравствена заштита за сите лица кои работат или престојуваат во Франција. Ова ја консолидира логиката што беше иницирана во 1999 година со Универзалното здравствено покривање, со што се прошири покривањето за здравствено осигурување на луѓе кои не исполнуваат ниту еден од критериумите за подобност на системот за здравствено осигурување заснован на професионалност, но престојуваат во Франција на стабилен и редовен начин (повеќе од 3 месеци).¹⁰⁹

До 18-годишна возраст, децата го стекнуваат своето право на здравствено осигурување како зависни од нивните родители или старатели. Откако ќе наполнат 18 години, тие имаат свои права, дури и ако не извршуваат професионална активност. Во Холандија, задолжителното здравствено осигурување беше заменето во 2007 година со индивидуален мандат за граѓаните да купуваат здравствено осигурување. Децата во принцип се вклучени во еден од плановите за здравствено осигурување на родителите (или нивниот законски старател), но не мора да се плаќа посебна премија бидејќи тие се покриваат преку придонес на Владата во Националниот фонд за здравствено осигурување. Децата чии родители не купуваат осигурување за себе или не ги регистрираат своите деца може да завршат неосигурени. Ако родителите одбијат да купат здравствено осигурување од верски причини, тогаш треба експлицитно да бидат запишани во специфична шема што е поставена за приговор на совеста, која се финансира со плаќање на општ данок на доход (наместо премија за лично здравствено осигурување). Во Германија, покриеноста на децата зависи од осигурувањето на нивните родители. Бидејќи дел од населението не е законски осигурено или може да се откаже (т.е. државни службеници, самовработени или работници со повисоки плати), во 2009 година беше воведена обврска за купување приватно здравствено осигурување. Сепак, спротивно на Холандија, одредена премија треба да се плати за децата.

Во зависност од видот на здравствениот систем, децата генерално се опфатени директно врз основа на државјанство, со статус за престој или индиректно како зависни лица од законски осигуреници. За специфични групи деца кои се исклучени од главниот законски систем, пристапот до здравствените услуги може да се организира преку алтернативни форми или според специфични шеми.

Пристапот не е само прашање на подобност за здравствено покритие (личен опсег на примена), туку исто така се одредува според обемот на покриеност (т.е. кои услуги или поволности се опфатени) и длабочината на покриеноста (т.е. за кој дел од придобивките покриени се трошоците), и двете се законски дефинирани. Според законскиот здравствен систем, сите деца најчесто се опфатени на ист начин. Во оние земји каде што се осигурани како зависни лица, може да се појават разлики ако покритието варира според шемите. Во децентрализираните здравствени системи, може да се појават разлики во опфатот помеѓу различни региони. На пример, во Шпанија и Италија, регионите можат да изберат да понудат дополнителна имунизација надвор од пакетот договорен на национално ниво. Сите редовни здравствени услуги за деца генерално се вклучени и се еквивалентни на законскиот пакет бенефиции што им се даваат на возрасните (на пример, Полска, Германија, Холандија, Австрија). Во некои земји, пристапот до педијатриски услуги, како и целата специјалистичка нега, е предмет на упатување од матичен лекар. Сепак, во голем број земји се применува специфично ослободување за педијатри и гинеколози. Неколку земји обезбедуваат дополнително и подобро покритие за децата и младите во споредба со возрасните. Во Германија, децата под 18 години, освен што се ослободени од кориснички такси, имаат корист и од повеликодушен каталог на бенефиции. Капацитетот за стоматолошка заштита е генерално многу подобар за децата, со превентивни и ресторативни услуги честопати бесплатни или со намалени трошоци (Данска, Малта, Полска, Унгарија, Естонија). На пример, во Унгарија, децата до 16 години имаат право на сеопфатен третман на забите, вклучително и ортодонтска нега. Во Полска, децата под 18 години имаат право на дополнителни стоматолошки услуги и материјали. Покрај општите намалувања, исклучоци и ограничувања на наплатата за корисниците што се применуваат за заштита на ранливите групи (на пример социјално загрозуени домаќинства, хронични пациенти), многу земји применуваат специфични политики за наплата на корисникот за деца за да обезбедат пристапна грижа за децата. Во некои земји, децата се целосно ослободени од кориснички такси или за специфични услуги (на пример, Хрватска, Финска, Полска, Португалија, Шведска, Велика Британија). Во други земји, тие имаат корист од повластен надоместок или пониски отплати (на пример, Белгија, Данска). Понекогаш се применуваат прагови специфични за деца (на пример, Белгија, Ирска). Понекогаш не е дозволено дополнително наплата за деца во болница (на пример, Белгија). Во некои случаи, овие привилегии се ограничени на мали деца (на пример, ослободување во Франција и Италија за деца под 6-годишна возраст) или специфични групи деца (на пример, деца без родители, деца со попречености, деца во домаќинства со ниски примања). Посебно внимание се посветува на пристапот до превентивни услуги за деца. Земјите обично имаат бесплатни програми за имунизација за доенчиња и деца до 16 години (на пример, Малта, Ирска, Данска), кои им се даваат на сите жители, без оглед на статусот, како мерка на претпазливост за јавно здравје за заштита на здравјето на населението.¹¹⁰

Додека повеќето земји имаат за цел да ја гарантираат универзалната покриеност за здравствена заштита на нивното население, не сите го постигнале тоа целосно. Дури и кога се разгледува само аспектот на опфатеност на населението (личен опсег на примена), критериумите за подобност честопати можат да остават одредени групи без законско покритие. Сепак, тоа е помалку случај за деца, кои обично се сметаат за ранлива група која заслужува посебна заштита; и затоа, тие често имаат посебен статус кога станува збор за правата за добивање лекарска помош. Овој посебен статус може да се однесува на нивната општа подобност за здравствени услуги, но исто така може да генерира специфични привилегии кога станува збор за финансиска заштита (на пример, ослободувања од наплата на корисник) или приоритетно лекување. Истото може да се однесува на бремени жени и млади мајки. Специјалниот статус кој го имаат децата во законската здравствена покриеност генерално се применува до законската возраст од 18 години. Сепак, во многу случаи, овој статус се продолжува сè додека тие остануваат финансиски зависни од нивните родители или старатели. Ова е најчесто поврзано со континуирана обука или образование (на пример, Австрија, Кипар, Ирска, Полска) и воена служба (на пример во Кипар). Во повеќето случаи, постои максимално ограничување на возраста за овој посебен статус. Во Луксембург, статусот на зависност може да се продолжи до 30-та година од животот, ако приходот на лицето е под загарантираниот минимален приход. За децата со попреченост, статусот на зависност честопати може да продолжи на неодредено време во зрелоста (на пример, Германија) или тие се опфатени сами по себе (на пример, Белгија, Грција). Во одредени земји-членки, исто така, студентите (вклучително и докторантите) генерираат свои права. На пример, во Полска, и додипломските и постдипломските студенти под 26 години се осигурени без да плаќаат придонеси. Слично на тоа, во Ирска, децата може да се сметаат за зависни лица до 18-годишна возраст (или 23 години доколку се на полно работно време). Во Кипар, дефиницијата за „зависно“ дете е проширена и вклучува деца до 21 година или постари под услов да ги издржуваат нивните родители, како што се војници или ученици.¹¹¹

4.7. Сексуално и репродуктивно здравје на младите во ЕУ

Сексуално и репродуктивно здравје и права на адолесцентите се многу важен дел од здравјето на адолесцентите и се од особено значење со оглед на нивните потенцијални краткорочни или долгорочни здравствени последици. Квалитетот на грижата која им се доставува на адолесцентите игра клучна улога во унапредувањето на безбедно сексуално и репродуктивно здравје, особено во спречувањето здравствени проблеми, како што се непланирана бременост и сексуално преносливите болести.¹¹²

Клучно е за давателите на здравствени услуги да го олеснат пристапот на адолесцентите до советодавни активности и соодветна

¹¹¹ Ibid

¹¹² World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Geneva: World Health Organization, 2017, Достапно на: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/

здравствена заштита, да ги прилагодат услугите според нивните потреби и очекувања и да ги почитуваат нивните права како што се наведени во Конвенцијата на ООН за правата на детето.

Еден од клучните аспекти на пакетот за сексуално и репродуктивно здравје претставува обезбедување пристап до услуги и материјали за сексуално и репродуктивно здравје, вклучително и обезбедување контрацептивни средства; советување и информации; и тестирање и третман на сексуално преносливи инфекции. Низ Европа, обезбедувањето на овој пристап за млади и адолесценти сè уште не е ефикасно реализирано или признаено како приоритет, со што се влијае на нивното здравје и општата благосостојба.¹¹³

Според направено истражување¹¹⁴, десет земји во ЕУ немаат развиено формална политика или препорака која гарантира почитување на доверливоста и можноста за консултација со лекар без родителите да знаат. Скоро половина од земјите немаат центри специјализирани за здравствена заштита на адолесцентите, решавање на сеопфатни здравствени проблеми или специјално фокусирање на сексуалното и репродуктивно здравје. Пристапот до итна контрацепција и информации во врска со бременоста, вклучително и тестирање е лесен во повеќето земји. Сепак, оралната контрацепција се доставува бесплатно во само 10 земји. Дваесет и три земји не ги исполнуваат сегашните стандарди во однос на обезбедување грижа за бременост заснована врз политика, а само 13 имаат воспоставено специјални програми за бремени адолесценти. Само во седум земји може адолесцентите дефинитивно да ја прекинат бременоста без да знаат нивните родители (и во други седум земји во избрани ситуации). 18 од испитаните земји објавија постоење на специјализирани/пријателски настроени центри за давање здравствена заштита на адолесцентите воопшто. Во пет земји, овие се достапни во повеќето региони на земјата, додека во другите, тие се присутни во ограничен број региони. Скоро сите овие центри ја третираат областа на сексуално и репродуктивно здравје, а многу од нив се широко ориентирани (опфаќаат сексуално и репродуктивно здравје, како и други теми). Повеќето се водени од мултидисциплинарни тимови, но во само 11 земји одговорните професионалци имаат добиено официјална обука за здравјето на адолесцентите (Табела 1), додека во други шест, ова може да биде случај само во некои случаи.

Од ова произлегува дека обезбедувањето и достапноста на адолесцентска грижа за сексуалното и репродуктивното здравје се далеку од оптимални во околу половина од земјите на ЕУ.

Во Резолуција на Европскиот парламент за сексуално и репродуктивно здравје и права (2013/2040 (INI))¹¹⁵ се подвлекува дека потребите за сексуално и репродуктивно здравје на адолесцентите се разликуваат од оние на возрасните и ги повикува земјите-членки

¹¹³ Сучиу, А и останати. Младите се важни! Зошто да се инвестира во сексуалното и репродуктивно здравје и права на младите луѓе и адолесценти? 2015. Достапно на https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/296909/Youth-matters-Why-invest-in-young-peoples-and-adolescents-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights.pdf

¹¹⁴ Мичауд, П.А и останати, 2019, Дали земјите од Европската унија соодветно ги адресираат здравствените потреби на адолесцентите во областа на сексуалното репродуктивно здравје и права? Достапно на <https://adc.bmj.com/content/105/1/40>

¹¹⁵ Резолуција на Европскиот парламент за сексуално и репродуктивно здравје и права (2013/2040 (INI)) Усвоена од страна на Европскиот Парламент во 2013. Достапно на https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-7-2013-0426_EN.html

да обезбедат адолесцентите да имаат пристап до пријателски кориснички услуги каде соодветно се земени предвид нивните проблеми и права на доверливост и приватност. Со Резолуцијата се повикуваат земјите-членки да обезбедат услуги за сексуално и репродуктивно здравје прилагодени на адолесцентите, во согласност со возраста, зрелоста и развојните капацитети, кои не прават дискриминација врз основа на пол, брачен статус, попреченост или сексуална ориентација/идентитет, и кои се достапни без согласност на родители или старатели. Понатаму во Резолуцијата се апелира до земјите-членки да преземат мерки за отстранување на сите бариери кои го попречуваат пристапот на адолесцентни девојчиња и момчиња до безбедни, ефективни, достапни методи на контрацепција, вклучително и кондоми и да обезбедат јасни информации за контрацептивни средства.

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Правото на здравје, здравствена заштита и овозможување здравствени услуги на малолетни лица треба да претставува императив за секоја држава со цел да се обезбеди највисок стандард на здравје за децата и адолесцентите. Ова подразбира вклученост, односно интеракција на здравствените установи, давателите на здравствени услуги, родителите и малолетните деца со цел имплементација на овие права во пракса од една страна, и ефикасно законодавство, од друга страна. Согласно принципот на најдобар интерес на детето потребно е да се обезбеди највисоко ниво на здравствена и медицинска заштита и рехабилитација за малолетните лица со цел тие да уживаат највисок стандард во здравството и пристап до установи за лекување болести. Со цел да се овозможи реализација на принципот на најдобар интерес на детето, потребно е да се донесат ефективни и соодветни мерки за заштита на децата и адолесцентите со што секоја држава ќе посвети доволно внимание на специфичните проблеми со кои се соочуваат малолетните лица.

Здравствените политики за малолетните лица треба да бидат сеопфатни вклучувајќи, но не ограничувајќи се на јавното здравје, здравствена промоција и интегрирано управување со болести кај деца. Оттука, битно е да се напомене дека способноста на младите да донесуваат одлуки за нивното здравствено однесување е најголема кога тие можат да учествуваат во влијанието врз сопственото социјално, физичко и образовно опкружување.

Анализава на меѓународната правна рамка релевантна за овозможување здравствена заштита и здравствени услуги кај малолетни лица покажува дека заштитата на здравјето на децата и адолесцентите примарно ја овозможуваат матичните доктори и педијатрите во зависност од здравствениот систем во секоја држава, при што акцент е ставен не само на веќе усвоените конвенции, декларации и воспоставени стандарди и принципи, туку и на програми за превенција каде се учат малолетните лица како можат да го заштитат и унапредат сопственото здравје во однос на болести, лекување од зависности од дроги, но и сите прашања поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје. Од таа причина со цел да се обезбеди пристап до здравствени услуги, потребно е да се организираат кампањи за заштита на доверливоста на младите. Потребно е да се промовираат политики за обезбедување услуги ориентирани кон деца засновани на специфичните развојни потреби и капацитети на децата, истовремено обезбедувајќи учество на децата на секое ниво на донесување одлуки, во согласност со нивната возраст и степен на зрелост. Ова подразбира активно учество на малолетните лица за прашања поврзани со нивното

здравје, од причина што младите се доволно свесни и потребно е дополнително да бидат запознаени со сите предизвици поврзани со нивната здравствена заштита.

Националното законодавство на Република Северна Македонија не содржи посебни закони во кои се уредени правата на малолетните лица од аспект на право на здравје, здравствена заштита, социјална заштита и сигурност и овозможување здравствени услуги. Вакви одредби можат да се лоцираат во повеќе закони, но истите се генерални, од декларативен карактер каде се споменуваат малолетните лица без да се стави акцент на потребата од промовирање на правата на децата и адолесцентите од здравствен аспект. И покрај тоа што државата е членка-договорничка на скоро сите меѓународни конвенции, декларации, протоколи и пактови кои ја уредуваат здравствената заштита на малолетни лица, во пракса таа заштита не е ефектуирана. Освен програмите за систематски прегледи на ученици и студенти кои се донесуваат секоја година, потребно е да се донесат и посебни програми кои ќе таргетираат различни здравствени теми поврзани и во интерес на младите, како на пример стратегија за здравје на деца и адолесценти, нова национална стратегија за дрога, програми и кампањи за промовирање на потребата од заштита на сексуалното и репродуктивно здравје.

Особено внимание треба да се стави на употребата на дроги и други психотропни супстанции од страна на адолесцентите во Република Северна Македонија, чиј тренд особено загрижува поради порастот на употреба на дроги, што беше констатирано и од страна на Народниот правобранител. Во недостаток на институционални мерки, единствената поддршка за децата и за младите кои употребуваат дроги е овозможена од здруженијата на граѓани, онолку колку што им дозволуваат законските ограничувања. Со усогласување на законите со потребите на децата и на младите кои употребуваат дроги значително ќе се олеснат можностите за воведување мерки за заштита на нивното психофизичко здравје. Во нашата држава сè уште нема програми за третман и грижа на децата кои употребуваат дроги, од исклучително значење е надлежните министерства, пред сè, Министерството за здравство и Министерството за труд и социјална политика заеднички да работат на законски измени со кои ќе се овозможи отворање програми за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги.

За да се воспостави вистинска грижа за здравјето на малолетните лица, тогаш, освен интервенција во законската легислатива и усогласување на меѓународните конвенции и воспоставени стандарди, односно нивна имплементација во пракса, потребно е да се донесат подзаконски акти во вид на програми кои ќе бидат целно посветени на здравствена заштита на малолетните лица.

Голем број држави во светот, вклучувајќи ја и нашата држава, немаат центри специјализирани за здравствена заштита на адолесценти, решавање на сеопфатни здравствени проблеми или специфично фокусирање на сексуалното и репродуктивното здравје. Во оваа насока неопходно е и отворање центри во кои ќе се лекуваат малолетни лица кои се борат со зависности и најважно едуцирање на медицинскиот персонал како да постапува со малолетни лица, како да ги едуцира за нивната здравствена состојба и на кој начин најефективно може да им овозможи добивање здравствени услуги.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Акциски план за сексуално и репродуктивно здравје: кон постигнување на Агендата 2030 за одржлив развој во Европа. Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2016. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/314532/66wd13e_SRHActionPlan_160524.pdf
2. Декларација од Алма Ата, Меѓународна конференција за примарна здравствена заштита, Алма Ата, 6-12 септември 1978. Достапно на: https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
3. Декларација за примарна здравствена заштита од Астана, 2018, Астана, Казакстан. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
4. Директива 2000/43/ЕС од 29 јуни 2000 за примена на начелото за еднакв третман помеѓу лицата независно на расното или етничко потекло. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000L0043>
5. Договорот од Лисабон, потпишан на 13 декември 2007 година во Лисабон, [https://www.sep.gov.mk/data/file/Publikacii/Dogovor%20od%20Lisabon\(1\).pdf](https://www.sep.gov.mk/data/file/Publikacii/Dogovor%20od%20Lisabon(1).pdf)
6. Европска конвенција за остварување на правата на децата ЕТС 160, Европска конвенција за остварување на правата на децата (ЕТС 160) | Правдико (pravdiko.mk)
7. Европскиот столб за социјални права. Прогласен од Европскиот парламент, Советот и Комисијата го во 2017 година на Самитот во Гетеборг. <https://www.epr.eu/what-we-do/policy-analysis/european-pillar-of-social-rights/>
8. Закон за заштита на правата на пациентите Службен весник на РМ бр. 82/2008, 12/2009, 53/2011, 150/2015, 190/2019
9. Закон за здравствена заштита Службен весник на РМ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, 39/2014, 43/2014, 132/2014, 188/2014, 10/2015, 61/2015, 154/2015, 192/2015, 17/2016, 37/2016 и 20/2019, 101/2019, 153/2019, 180/2019, 275/2019 и 77/2021
10. Закон за здравствено осигурување, Службен весник на РМ бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017, 275/2019 и 77/2021

11. Закон за извршување на санкции, Службен весник на РСМ бр. 99/2019 и 220/2019
12. Здравје 2020 - Европска рамка за политики за поддршка на акција низ владата и општеството за здравје и благосостојба, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2012. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf
13. Здравје 21 -Рамка за здравјето за сите за Европскиот регион на СЗО. Регионална канцеларија на СЗО за Европа. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
14. Извештај за состојбата на здравјето на децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО, Регионална канцеларија на СЗО за Европа, 2017, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf
15. Извештај за основните права 2020 година, Агенција за фундаментални права на ЕУ, стр 15. Достапно на https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-fundamental-rights-report-2020-opinions_mk.pdf
16. Конвенција на Советот на Европа за заштита на деца од сексуална експлоатација и сексуална злоупотреба, К О Н В Е Н Ц И Ј А НА СОВЕТОТ НА ЕВРОПА ЗА ЗАШТИТА НА ДЕЦА ОД СЕКСУАЛНА ЕКСПЛОАТАЦИЈА И СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА (childrensembassy.org.mk)
17. Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права, 3 - Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права.pdf (healthrights.mk)
18. Мичауд, П.А и останати, 2019, Дали земјите од Европската унија соодветно ги адресираат здравствените потреби на адолесцентите во областа на сексуалното репродуктивно здравје и права? <https://adc.bmj.com/content/105/1/40>
19. Насоки на СЗО за сексуално и репродуктивно здравје и права на адолесцентите, СЗО, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275374/9789241514606-eng.pdf?ua=1>
20. Резолуција на Европскиот парламент за сексуално и репродуктивно здравје и права (2013/2040 (INI)) Усвоена од страна на Европскиот Парламент во 2013. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-7-2013-0426_EN.html
21. Планови на ЕУ за заштита на децата и почитување на нивните права во европа и пошироко. 2011. https://www.sobranie.mk/2011-a6c39ff6-cdff-4acd-8561-c8ef558d487e-ns_article-planovi-na-evropskata-unija-za-zashtita-na-decata-i-pocituvanje-na-nivnite-prava-vo-evropa-i-poshiro.nspх
22. Повелба за основните права во Европската унија, прогласена на 7 декември 2000 година од страна на Европскиот Парламент, Советот на министри и Европската комисија, https://eeas.europa.eu/archives/delegations/the_former_yugoslav_republic_of_macedonia/documents/more_info/publications/charteroffundamentalrights_mk.pdf
23. Посебен извештај за состојбата на децата кои користат дроги и

- други психотропни супстанции, Народен правобранител, јануари 2018 година, достапен на: Poseben izvestaj-Deca korisnici na droga.pdf (ombudsman.mk)
24. Права на децата во ЕУ – Одбележување на 30 години од Конвенцијата на ООН за права на детето. <https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2019/644175/EPRS>
 25. Програма за систематски прегледи на учениците и студентите во Република Северна Македонија за 2021 година. Службен весник на РСМ бр.8/2021 година, достапна на: ПРОГРАМА ЗА СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕДИ НА УЧЕНИЦИТЕ И СТУДЕНТИТЕ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА ЗА 2021 ГОДИНА (dejure.mk)
 26. Стратегија за правата на децата и Гаранција за деца на ЕУ. https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child-and-european-child-guarantee_en#:~:text=Search-,The%20EU%20Strategy%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child%20and,basic%20services%20for%20vulnerable%20children
 27. Сучиу, А и останати. Младите се важни! Зошто да се инвестира во 'сексуалното и репродуктивно здравје и права на младите луѓе и адолесценти? 2015. Достапно на https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/296909/Youth-matters-Why-invest-in-young-peoples-and-adolescents-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights.pdf
 28. Уставот на РМ, Службен весник на РМ бр. 52/91, 1/92, 31/98, 91/01, 84/03, 107/05, 3/09
 29. Уставот на СЗО. Достапно на https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
 30. Физибилити студија за детска гаранција – Финален извештај, Европска Комисија, 2020. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c312c468-c7e0-11ea-adf7-01aa75ed71a1/language-en>
 31. Committee of Ministers, Guidelines on child-friendly health care, 2011, Result details (coe.int) 1Declaration on Primary Health Care, Astana 2018, <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>
 32. EU Framework of Law for children's rights, Directorate General for Internal Policies, 2009. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/462445/IPOL-LIBE_NT\(2012\)462445_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/462445/IPOL-LIBE_NT(2012)462445_EN.pdf)
 33. European child and adolescent health strategy 2015–2020, WHO, Copenhagen, 2014. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf
 34. European Commission, European pillar of Social rights in 20 principles, https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en#chapter-iii-social-protection-and-inclusion
 35. European Court of Human Rights, Guide on Article 2 of the European Convention on Human Rights, 2021, https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_2_ENG.pdf

36. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf
37. Europe's Human Rights Watchdog, Council of Europe: Child abuse (europewatchdog.info)
38. Global standards for quality health-care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneva: World Health Organization; 2015. http://who.int/maternal_child_adolescent/documents/globalstandards-adolescent-care/en/
39. Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child - Status report for the European Union 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/2017_right_healthcare_child_en.pdf
40. Socio-economic inclusion, health and education, Thematic area 2 of the EU Strategy on the Rights of the Child, https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/socio-economic-inclusion-health-and-education_en
41. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Geneva: World Health Organization, 2017, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/
42. UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 3 (2003): HIV/AIDS and the Rights of the Child, 17 March 2003, CRC/GC/2003/3, available at: <https://www.refworld.org/docid/4538834e15.html>
43. UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child, 1 July 2003, CRC/GC/2003/4, available at: <https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>
44. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
45. UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17 April 2013, CRC/C/GC/15, available at: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>
46. UN Convention on the Rights of the Child, 1989, https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4

Издавањето на оваа публикација е поддржано од Фондација Отворено општество – Македонија во рамки на проектните активности на Здружението за поддршка на маргинализирани работници СТАР-СТАР Скопје. Содржината е единствена одговорност на авторите и на грантистот и на ниту еден начин не може да се смета дека ги изразува гледиштата и ставовите на Фондацијата Отворено општество – Македонија.

Во издание на:



ПРВ КОЛЕКТИВ НА СЕКСУАЛНИ
РАБОТНИЦИ НА БАЛКАНОТ

Поддржано од:



FOUNDATION ФОНДАЦИЈА
OPEN ОТВОРЕНО
SOCIETY ОПШТЕСТВО
MACEDONIA МАКЕДОНИЈА