

**ПРАВОТО НА ПРИСТАПНОСТ ДО ПРИМАРНА
ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ**

Листа на кратенки

СЗО - Светската здравствена организација

Конвенција - Конвенцијата за правата на лицата со попреченост

ЕКЧП - Европската Конвенција за човековите права.

ЕСЧП – Европски суд за човекови права

ОЛП – Организации на лица со попреченост

ООН - Организација на обединетите нации

СЗО – Светска здравствена организација

ЗГ – Закон за градба

ЗЗЗ - Закон за здравствена заштита

ЗСО – Закон за здравствено осигурување

ФЗО – Фонд за здравствено осигурување

Комитет - Комитетот на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост

ЕУ- Европска Унија

ПЗЗ - Примарна здравствена заштита

ГО - Граѓански организации

ДЗС - Државен завод за статистика

ЗПП - Закон за правата на пациентите

МТСП – Министерство за труд и социјална политика

МЗ – Министерство за здравство

КЕСКП - Комитетот за економски, социјални и културни права

Содржина

Листа на кратенки.....	3
Содржина.....	4
Извршно резиме.....	5
Вовед	8
Методологија	9
Меѓународна рамка.....	11
Пристап до здравствена заштита за лицата со попреченост:	12
2. Национална рамка и пракса	16
2.1 Национална рамка за остварување на правото на здравје низ присмата на пристапност	16
2.2 Мапирани и објавени наоди за пристапот до здравје од страна на лицата со попреченост во различни извештаи и тематски извештаи	18
2.3 Заклучни согледувања на иницијалниот извештај на Република Македонија од страна на Комитетот за правата на лицата со хендикеп.....	21
3. ПЕРЦЕПЦИИТЕ ОД ТЕРЕН 2023 ГОДИНА.....	22
3.1 Методологија и премерок на истражување.....	22
3.2 Осврт кон добиените одговори од страна на јавните инситуции	22
3.3 Осврт кон добиените одговори од страна на лицата со попреченост.....	22
3.4. Квантитативна и квалитативна анализа на перцепциите на јавните здравствени установи и лицата со попреченост	24
3.4.1 Еднаквост и не-дискриминациј во остварувањето на правото на здравје	24
3.4.2 Остварување на правото на пристапност во остварувањето на правото на здравје....	26
IV. Препораки	33

Извршно резиме

И покрај постоењето на цврсто втемелени меѓународни стандарди што забрануваат дискриминација по основ на попреченост, како и обврските кои произлегуваат од Конвенцијата за правата на лицата со попреченост, се стекнува впечаток дека националното законодавство сè уште остава голем простор за нејаснотија во однос обезбедувањето на здравствената заштита за лицата со попреченост.

Законодавството во областа на здравствената заштита не обезбедува систематизиран и заокружен приод кон остварувањето на правото на здравствена заштита на лицата со попреченост без дискриминација и на еднаква основа со другите согласно Конвенцијата за правата на лицата со попреченост.

Во остварувањето на правата во здравствената заштита, еден од основните начела на Конвенцијата е токму правото на еднаквост и недискриминацијата.

Во однос на перцепцијата на лицата со попреченост дали истите можат да го остварат правото на пристап до здравствениот дом?, 72% од испитаниците/чките сметаат дека лицата со попреченост не можат да го остварат истото. Овие видувања ги потврдуваат и наодите од претходните истражувања на терен во изминатите години, каде во истражувањето на пример од 2020 година, 82,5 % од лицата со попреченост посочиле дека здравствените институции не се пристапни и достапни за нив.

И покрај различната методологија кај двете истражувања, сепак истите посочуваат дека државата нема направено чекори кон унапредување на правото на здравје, во однос на обезбедување на достоинствен пристап до здравствените институции. Ваквиот однос од страна здравствените институции доведува и до дискриминација, на која посочуваат [90 % од испитаниците](#).

Здравствените институции подлежат на лицензирање, т.е. оценка на нивната усогласеност со дефинираните стандарди за работните простории, опремата и персоналот од страна на [Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи](#). И покрај делумно вклучените стандарди за физичка пристапност (паркинг, тоалет), во усвоениот документ од страна на Владата¹ [Стандарди за акредитација на институции од примарно ниво](#), не се инкорпорирани стандардите за пристапност согласно обврските од Конвенцијата. Иако теоретски лиценцата може да биде одземена кога не се задоволени критериумите, во пракса тоа до сега не сторено, барем не по основ на попреченост.

Во ниеден ниеден норматив не е наведена обврската за пристапност и достапност на целата инфраструктура, на информациите, на технологиите. Исто така не се наведува нити се спомнува обврската за водење на статистика и евиденција, како ни обука на кадарот за еднаквост и недискриминација, вклучуваќи го и соодветното приспособување и гледање и примена на пристапот за човкови права кон заедницата со по попреченост.

И покрај постоењето на минимум дефинирани стандарди за физичка пристапност, сепак на терен здравствените домови, односно здравствените институции од ПЗЗ имаат добиено дозволи и акредитации за работа без да обезбедат пристапност до и во своите објекти. Неповолната положба за непристапноста на здравствените институции е посочена и во ова истражување, каде лицата со попреченост посочуваат на целосната непристапност на самите објекти.

¹ Стандардите за акредитација на ординации од примарна здравствена заштита и текстот на стандардите беше објавен во Службен весник на Р. С Македонија со број 20/2021 од ден 28 јануари 2021

Имено според истражувањето 66 испитаници посочиле дека нема паркинг место за лица со попречност, во поглед на рампите, 51 испитаник посочуваат дека нема соодветни рампи за пристап до здравствените домови, односно дека рампите се без ракофат, а 55 % од испитаниците посочуваат дека нема рампи со ракофат, 77 испитаници посочуваат дека нема гелендер за движење низ ходниците, 75 испитаници/чки посочуваат дека нема пристапен и достапен тоалет, додека 75 посочуваат дека нема обележани тактилни патеки до и во самиот објект. 69 % од испитаниците посочуваат дека здравствените домови не располагаат со асистивен технолија за пристап до услугата, додека 67 испитаници посочуваат дека интернет страните на здравствениот дом не се во пристапен формат.

Согласно и обврсите од Конвенцијата сите информации и комуникација кои се однесуваат на обезбедувањето на здравствена заштита треба да бидат достапни на знаковен јазик, Браево писмо, достапни електронски формати, алтернативни скрипти, аугментативни и алтернативни начини, средства и формати на комуникација². Кога станува збор за пристапните информации, како и обезбедувањето на информациите кои се нудат од страна на здравствените институции, сите испитаници посочуваат дека информациите кои се нудат од страна на здравствените домови не се во пристапни формати, како ни оние кои се обезбедуваат се во разбивив формат за поголем дел од нив. Имено, на прашањето дали Здравствениот дом ви обезбедува информации на јазик и формат кој е разбирлив за лицата со попреченост, повеќе од половина од испитаниците (56 испитаници) посочиле дека тие не се разбирливи за нив, додека 69 испитаници/чки посочуваат дека неможат да се обратат на знаковен јазик и 68 испитаници/чки посочуваат дека неможат да достават барање на Браево писмо.

И покрај ратификувањето на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост, постоечката законодавна рамка не ги обврзува здравствените институции, нити здравствените работници да обезбедуваат информации во пристапни формати, нити пак да обезбедат соодветна опрема за преглед на лицата со попреченост. Покрај непримената на стандардите за пристапност, ни една здравствена институција не го уредува, нити го обезбедува соодветното приспособување за лицата со попреченост, што ќе претстваува дополнителне предизвик во иднина.

И студиите на терен, но и ова истражување посочува дека лицата со попреченост не го користат инструментот на соодветно приспособување, 77 % од испитаниците посочиле дека не побарале соодветно приспособување во здравствениот дом. Непознавањето на овој инструмент и констатиран и кај самите здравствени работници.

Посточките наоди од ова прашање посочуваат дека нити лицата со попреченост нити здравствените институции го познаваат овој инструмент, и покрај тоа што доколку не се обезбеди, претставува директна дискриминација по основ на попреченост.

Секоја здравствена институција има свој Статут и интерни документи преку кои се регулираат и структурите и функциите на здравствените институции. Во иднина во интерните документи на здравствените институции треба да се унапредат со вклучување на принципите на еднаквост и недискриминација, прашањето на пристапност, како и да се уреди примената на соодветното приспособување и секако да примени буџетирање по основ на попреченост.

Сепак, за напомена е дека здравствената заштита ќе остане недостапна за лица со попреченост без пристап до просториите каде што се обезбедуваат овие услуги, па и ако

² (Општ коментар број 2 на Комитетот за правата на лицата со попреченост, параграф 40)

зградите во кои се обезбедуваат услугите за здравствена заштита се самите пристапни, без пристапен превоз, лицата со попреченост нема да можат да патуваат до местата каде што се обезбедуваат овие услугите (на што упатуваат и самите лица со попреченост во препораките за натамошни активности).

Необезбедувањето на пристапноста и соодветното приспособување, дополнително влијае и врз правото на приватност кај лицата со попреченост. 76 испитаници/чки во анкетата посочиле дека кога одат во здравствените домови одат со придржник, каде најчесто тоа е нивниот родител и/или старател. Дополнително немањето на доволна едукација за пристапот кон човековите права кон заедницата со хендикеп од страна на здравствените работници влијае и врз нивниот однос и пристап кон лицата со попреченост и почитвање на нивните права. 53 % од испитаниците посочуваат дека многу малку здравствените работници во здравствениот дом ги почитуваат нивните права, наспроти 47 % од испитаниците/чките кои сметаат дека здравствените работници, воопшто не ги почитуваат, односно дека не ги ни споменуваат. Дел од лицата со попреченост посочуваат и на ниското трпение од страна на здравствените работници, и дека тешко се разбираат и комуницираат.

Системот на поплаки и поднесување на претстваки е исто така важен инструмент во обезбедувањето на заштита од дискриминација и уживање на човековите права. Висок процент од испитаниците дури 88 од нив воопшто не поднеле никаква претставка против здравствениот дом за повреда на нивните права наспроти И постоечките судии во изминативе години посочуваат дека постои ниско ниво на познавање на заштитните механизми за човекови права од страна на заедницата со попеченост, но уште позагрижувачко е што лицата со попреченост немаат доверба во институциите и мнозинството од нив сметаат дека и да се обратат до нив за заштита на своите права, истото нема да вроди со плод од бројни причини. Имено едни од препораките од страна на самите испитаници е дека „механизмите за заштита на човековите права треба да бидат поактивни во заштита на нивните права“, и/или „институциите да да постапат по поплаките,,

Обезбедувањето на пристапноста е клучно за лицата со попреченост, не само од аспект на остварување на правото на здравје, туку и за остварување на останатите права. Почетна точка за обезбедување на сите бенефиции по основ на попреченост се токму институциите кои обезбедуваат примарна здравствена заштита, особено семејните лекари. Оттука и необезбедувањето на пристапност и соодветно приспособување ги оневозможува граѓаните со попреченост да ги остварат и другите права од социјална заштита. Едни и од препораките на испитаниците е дека е неопходна едукација на матичните лекари за нивните права и дека ти треба да ги упатуваат како да ги остварат своите права.

Во таа насока покрај усогласување и преуредување на законската рамка со Конвенцијата, клучен момент е едукацијата. Како едукацијата на здравствените работници, така и едукацијата на самите лица со попреченост, кои и во самите препораки но во дел од наодите поосчуваат дека имаат мали познавања за своите права. Исто така клучен момент е и сработкаа и заедничкото делување на организациите на лица со попреченост и другите ГО во оваа област со здравствените работници, при што лицата со попреченост нема да се третираат само како корисници.

Вовед

Предизвик за изработка на Анализата беше аналитичкото разгледување на едно место на концептот на правото на пристапност и состојбите на терен, посебно со перцепцијата на лицата со попреченост, како и на спецификите кои ги уредува членот 25 низ членовите 9 и 21 од Конвенцијата, како од материјален, така и од технички карактер. За надминување на овој недостаток се спроведе и истражување на оваа тема помеѓу целната група, чии наоди се посебно изложени во Анализата. Имено, примерокот опфати 100 лица со попреченост, при тоа запазуваќи во самиот примерок да има претставници/чки од сите состојби на попреченост.

Анализата го појаснува значењето, опсегот, како и отворените прашања и дискусиите за толкувањето на правото на пристапност гледан низ призмата на еднаквоста и недискриминацијата во остварувањето на правото на здравје од Конвенцијата и националното законодавство, ги презентира видувањата на Комитетот за правата на лицата со попреченост при Организацијата на обединетите нации за толкувањето на членовите од оваа област сами, но и во однос со останатите членови од Конвенцијата и ги презентира видувањата на лицата со попреченост и здравствените работници, а со цел изведување на заклучоци и препораки за унапредување на состојбите.

Анализата се состои од четири поглавја:

Глава I - дава преглед на правото на здравје согласно Конвенцијата за правата на лицата со попреченост на ОН, притоа објаснувајќи ја содржината и толкувањето на ова право од страна на Комитетот за правата на лицата со попреченост и праксата од Советот на Европа.

Глава II - дава преглед на правото на согласно националното законодавство, посебно Законот за спречување и заштита од дискриминација, но и националните политики за здравствена заштита. Дополнително во оваа глава се дава преглед на сите индефикувани анализи во оваа област, согледувања на националните механизми за заштита на човековите права, како и преглед на заклучните согледувања на Комитетот за правата на лицата со попреченост за нашата држава

Глава III - ја анализира состојбата на национално ниво за перцепциите на јавните здравствени установи и лицата со попреченост во остварувањето на правото на здравствена заштита со фокус на пристапноста, преку изложување на наодите од истражувањето.

Глава IV - ги сумира сите заклучоци од претходните три глави и дава препораки за унапредување на состојбата во национален контекст.

Оваа Анализа треба да служи како помагало за разбирање на правото на пристапност во остварување на правото на здравје и да укаже на постојната состојба. Анализата е замислена како алатка во рацете на чинителите релевантни во оваа област, а со цел да се дадат препораки во насока на усогласување и унапредување на законската рамка во согласност со Конвенцијата. Дополнително, наодите од анализата може да послужат во иднина за спроведување на програми за јакнење на капацитетите на лицата со попреченост, и здравствените работници и чинителите на национално и локално ниво, кои произлегуваат од Конвенцијата, посебно правото на еднаквост и принципот на недискриминација, гледани низ призмата на пристапноста во остварување на правото на здравје и примена на правниот инструмент на соодветно приспособување.

Методологија

Анализата „ Правото на пристапност до примарна здравствена заштита за лицата со попреченост“, се изработува во рамки на проектот „„Алијанса по прашањето на хендикеп за развојни и инклузивни реформи во регионот“, финансиран преку СМАРТ Балкана Програмата а кој го спроведува Полио плус – движење против хендикеп.

Анализата ја спроведуваа две консултантки, водени и поддржани од тимот на Полио Плус и работната група формирана во рамките на проектот „Алијанса по прашањето на хендикеп за развојни и инклузивни реформи во регионот“ Работната група се состоеше од претставници на Националното Кординативно тело за спроведување на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост, како и претставници на организациите на лица со попреченост.

Овој текст има за цел да даде приказ на методологијата за прибирање и обработка на потребните податоци за изработка на Анализата и за пристапот кон изработката на текстот на истата, како и на ограничувањата на применетата методологија. Методологијата се состои од следниве делови: генерални забелешки, форма на истражувањето, методи на собирање на податоци, методи на обработка на податоци и забелешки за изработката на текстот на Анализата.

1) Генерални забелешки за методолошкиот пристап за собирање и обработка на потребните податоци и за изработка на текстот на Анализата

Целта на анализата е да даде расветлување на прашањето на попреченоста во праксата, односно да ја отслика моменталната состојба во поглед на остварувањето на правото на здравје од страна на лицата со попреченост од аспект на пристапноста. Со тоа и генерално беше одреден е и главниот тематски фокус на Анализата.

Изработката на текстот на Анализата е лимитирана во однос на должината поради неговата намена – да служи како алатка во рацете на чинителите релевантни во оваа област а со цел да се дадат препораки во насока на усогласување и унапредување на законската рамка во согласност со Конвенцијата и да служи како водич за градење на капацитетите на различни чинители во здравствениот систем како и на самите лица со попреченост и нивните претставнички организации.

Исто така, треба да се дефинираат и концепциските ограничувања како при собирањето и обработката на потребните податоци, така и при изработката на текстот. Овие ограничувања потекнуваат од немањето на доволно национална судска практика, која е сериозна закана во изведувањето на заклучоците за општиот тренд.

2) Форма на истражувањето

Целта на Анализата е да помогне во мапирањето на моменталната практики на национално ниво притоа утврдувајќи ги факторите кои влијаат врз постоечката состојба. Емпириското истражување има за цел да тестира хипотеза. Во овој случај, хипотезите се: немањето на доволен број на мерки за спроведување на членот 25 од Конвенцијата од страна на државата; законска рамка која не го следи пристапот на човекови права кон заедницата со попреченост, недоволната информираниост на здравствените работници за обврските од Конвенцијата, како и недоволна информираниост на лицата со попреченост за своите права, посебно правото на пристапност. Целта на Анализата е, преку детален приказ на овој

феномен во пракса, да се даде придонес кон разбирањето на правото и праксата создадена при неговата примена, но и да се дадат препораки за негово унапредување.

3) Методи на собирање на податоци

Собирањето на податоци беше извршено преку комбиниран метод на собирање на постоечка литература и податоци, како и теренско истражување. Постоечката литература и податоци кои беа земени во предвид може да се структурираат во следните категории: меѓународни стандарди, правни документи, практика на Комитетот за правата на лицата со попреченост, национално законодавство и политики, досегашни ресурси (истражувања, анализи, водичи) изработени на иста или слична проблематика, и академска литература (домашни и странски академски трудови).

Теренското истражување состоеше од два дела. Едниот дел е собирање на податоци преку дистрибуција на прашалник до лицата со попреченост, којшто прашалник имаше за цел да се добијат квантитативни и квалитативни податоци. За целите на Анализата ќе се креира целен примерок составен од 100 лица со попреченост. Во вториот дел ќе се врши преку доставување на Барање на информации од јавен карактер за пристапност и достапност на услугите од страна на институциите кои обезбедуваат примарна здравствена заштита во поглед на правото на пристапност и соодветно приспособување при обезбедувањето на здравствените услуги за лицата со попреченост.

4) Методи на обработка на податоците

И податоците собрани од постоечката литература и оние собрани преку теренското истражување беа обработени преку квалитативна анализа на содржина. Овој пристап овозможи флексибилна и не многу детално одредена основна тема, која може да биде описно обработена, при што се овозможува зачувување на контекстот, но и на значењето на текстот гледано од перспектива на авторките, со што се овозможува детална анализа и изведување на заклучоци.

5) Забелешка за изработката на текстот на Анализата

Анализата е замислена како алатка во рацете на сите чинители, посебно институциите но и на организациите на лица со попреченост за унапредување на практиката. Поради полесно користење на истата при изработката ќе се цели кон ограничување на должината на текстот на 50 страни.

Намената на Анализата ќе биде, исто така, решавачки фактор за изборот на информациите и деталите во кои истите ќе бидат прикажани. Таа ќе биде решавачка и за применетиот стил на пишување.

Меѓународна рамка

Во самата Преамбула на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост (во понатмошен текст Конвенција)³, пристапноста се препознава како сушинско сврзно ткиво во остварувањето на правата на заедницата со попреченост.

Правото на пристапност како хибридно право во остварувањето на човековите права на заедницата со попреченост. Пристапноста оттука е позиционирана како една од основните принципи на Конвенцијата во член 3⁴, а е позиционирана и во општите обврски според член 4⁵. Дополнително, ова право е регулирано во член 9 и член 21. Хибридната природа на ова право е дополнително испреплетено и низ целиот текст на Конвенцијата⁶, вклучувајќи го и членот 25 -право на здравје, со кое се потврдува дека пристапноста го надополнува секое човеково право наведено во Конвенцијата⁷.

Според Комитетот за правата на лицата со попреченост, овие одредби придонесуваат да се потврди правото на пристап како право по себе и дека истот треба се вгради како право во меѓународното право за човекови права⁸.

Комитетот исто така нагласува дека обврската на државите да обезбедат пристапност е суштински дел од обврските за почитување, заштита и исполнување на правата за еднаквост и е тесно поврзана со обврската за обезбедување на соодветно приспособување, како што е дефинирано во член 2 од Конвенцијата. Во однос на обврските за пристапност, Комитетот појаснува дека „на државите членки не им е дозволено да користат мерки за штедење како изговор за да го избегнат обезбедувањето на пристапноста за лицата со попреченост. Обврската за спроведување на пристапноста е безусловна, односно субјектот должен да обезбеди пристапност не може да го оправда пропустот да го стори тоа, повикувајќи се на товарот кој би го имал за обезбедување пристап за лицата со попреченост⁹.

Академските експерти, исто така, посочуваат на тесната врска помеѓу пристапноста и принципите на еднаквост и недискриминација¹⁰. Комитетот за правата на лицата со попреченост во Општиот коментар бр. 2 (2014), посочува дека „Одбивањето на пристап треба да се смета за чин на дискриминација, без разлика дали сторителот е јавен или приватен субјект“ и дека „треба да им се обезбеди пристапност на сите лица со попреченост, без оглед на состојбата на попреченост“¹¹.

³ Види Конвенција за правата на лицата со попреченост, Достапно на:

⁴ Погледи: Светска програма за акција во врска со лицата со попреченост усвоена од Генералното собрание на Обединетите нации, триесет и седма сесија, Резолуција 37/52 од 3 декември 1982 година. Погледи: Годишник на ООН, 1982, стр. 980-984. Светската програма сметаше дека пристапноста е суштинско средство за остварување на целите за „целосно учество“ и „изедначување на можностите“, вклучително и во областа на здравствените услуги

⁵ Види Конвенција за правата на лицата со попреченост, член 4. Од државите членки се бара да им обезбедат достапни информации на лицата со попреченост за помагала за мобилност, уреди и помошни технологии, вклучувајќи ги новите технологии, како и други форми на поддршка, услуги за поддршка и капацитети (член 4, параграф 1, став ж). Дополнително, државите имаат обврска да преземаат или промовираат истражување и развој на универзално дизајнирани стоки, услуги, опрема и капацитети, како што е дефинирано во член 2 од Конвенцијата, што треба да бара минимална можна адаптација и најмал трошок за задоволување на специфичните потреби на лице со попреченост, да се промовира нивната достапност и употреба и да се промовира универзален дизајн во развојот на стандарди и упатства.

⁶ Види член 13 за пристап до правда, член 19 во однос на самостојно живеење и вклучување во заедницата, член 21 за пристап до информации и комуникациски услуги, член 24 во однос на инклузивно образование, член 27 за пристапност на работната средина, Член 28 за пристап до социјална заштита, член 29 за учество во политички и социјален живот, член 30 за пристап до културен живот, рекреација, одмор и спорт, член 31 во однос на пристапноста до податоци и статистика, член 32 за пристапност на програмите за меѓународна соработка и на научното и техничкото знаење и член 49 во врска со пристапниот формат на Конвенцијата.

⁷ Пристапноста е вклучена во членовите од општа примена (т.е. членовите 1-9), кои се наменети да се применуваат генерално на остатокот од Конвенцијата (види, меѓу другото, Janet E. Lord, cit., стр. 13).

⁸ Види Општ коментар бр. 2 (2014), CRPD/C/GC/2, 22 мај 2014 година, ставови 2-4. Видете исто така CESCR, Општ коментар бр. 5 за лицата со попреченост, во кој е потврдено „Правото на физичко и ментално здравје, исто така, подразбира право да се има пристап на медицински и социјални услуги - вклучително и ортопедски помагала - кои им овозможуваат на лицата со попреченост да станат независни, како и да ја поддржуваат нивната социјална интеграција (став. 34), E/1995/22, 9 декември 1994 година.

⁹ Исто, ст. 25. Несоодветното оптоварување е дефинирано со националното законодавство, општо значи товар што е неразумен во околностите што ги зема во предвид, меѓу другото, трошоците и природата на прилагодувањата, големината и структурата на бизнисот, опсегот на неговото работење, бројот на вработени, составот на работната сила и постоењето на надворешно или државно финансирање заради извршување на прилагодувањето.

¹⁰ Види F. Seatzu, член 9 (Пристапност), во Конвенцијата за правата на лицата со попреченост. Коментар, уреден од В. Дела Фина, Р. Цера, Г. Палмисано, Спрингер, 2017 година.

¹¹ Види Општ коментар бр. 2 (2014), CRPD/C/GC/2, 22 мај 2014 година, став. 13.

Пристап до здравствена заштита за лицата со попреченост:

Конвенциите и другите основни меѓународни договори за човекови права не содржат дефиниција за терминот „здравствена заштита“¹². Сепак, и во литературата, и во практиката, се разликуваат три нивоа на здравствена заштита, и тоа: примарна¹³, секундарна¹⁴, и терцијарна здравствена заштита¹⁵. Овие нивоа варираат во зависност од тежината здравствената состојба и степенот на потребниот медицински третман и опрема, што секако влијае на трошоците за здравствените услуги.

Пристапот кон оневозможеноста заснован на човекови права го поддржува правото на лицата со попреченост да ги уживаат сите човекови права на еднаква основа со другите, вклучително и да имаат еднаков пристап до здравствена заштита. Комитетот препорачува „државите да применат пристап заснован на човековите права за оневозможеноста при обезбедувањето здравствени услуги за лицата со попреченост“¹⁶.

Дискриминацијата во контекст на пристапот до здравствена заштита може да има повеќе форми. Во извештајот објавен од Агенцијата за основни човекови права (ФРА), дискриминацијата во здравствената заштита кон лицата со попреченост е групирана во шест категории: одложување на лекување; одбивање на третман; недостаток на достоинство и стереотипизирање; небрежност и лош квалитет на нега; недостаток на информирана согласност; и вознемирување¹⁷.

Исто така и Светската здравствена организација (СЗО) идентификува низа на бариери со кои се соочуваат лицата со попреченост при нивниот пристап до здравствена заштита: а) високите трошоци за здравствени услуги и транспорт¹⁸; б) ограничена достапност на услугите; в) физички бариери поврзани со дизајнирање на здравствени установи, медицинска опрема или транспорт¹⁹; г) несоодветни вештини и знаења на здравствените работници²⁰; д) информативни бариери и тешкотии во комуникацијата, вклучувајќи несоодветни информации за лицата со попреченост²¹.

Во Општиот коментар број 2, Комитетот за правата на лицата со попреченост при ООН истакнува дека здравствената заштита ќе остане недостижна за лицата со попреченост без обезбедување на физичка пристапност до просториите каде што се обезбедуваат тие услуги и без пристапен превоз за патување до местата каде што се обезбедуваат услугите. Дополнително, сите информации и комуникација кои се однесуваат на обезбедувањето здравствена заштита треба да бидат достапни преку знаковен јазик, Брајово писмо, достапни електронски формати, алтернативно писмо и дополнителни и алтернативни начини, средства и формати на комуникација. Комитетот исто така нагласува дека е особено важно да се земе предвид родовата димензија на пристапноста при обезбедувањето

¹² Објаснувачкиот извештај на Конвенцијата за човекови права и биомедицина, за опфатот на член 3 (за еднаков пристап до здравствена заштита), прецизира дека „здравствена заштита“ значи „услуги кои нудат дијагностички, превентивни, терапевтски и рехабилитативни интервенции, наменети за одржување или да ја подобрат здравствената состојба на лицето или да го олесни страдањето на лицето. Оваа грижа мора да биде со соодветни стандарди и да биде предмет на континуирана проценка на квалитетот“. Видете го Објаснувачкиот извештај на Конвенцијата за човекови права и биомедицина, став. 23. <https://rm.coe.int/16800ccde5>

¹³ „Примарната здравствена заштита е суштинска здравствена заштита заснована на практични, научно издржани и општествено прифатливи методи и технологија што се универзално достапни за поединците и семејствата во заедницата преку нивно целосно учество и по цена што заедницата и земјата можат да си ја дозволат и да ја одржуваат во секоја фаза, на нивниот развој во духот на самоодверба и самоопределување. Тој е составен дел и на здравствениот систем на земјата, кој што има централна функција и на севкупниот социјален и економски развој на заедницата“ (види Декларација на Алма-Ата за примарна здравствена заштита, септември 1978 г.

¹⁴ Обично се обезбедува во болниците и обично се занимава со релативно чести помали или сериозни болести кои не можат да се менаџираат на ниво на заедницата, користејќи специјално обучени здравствени работници и лекари, специјална опрема, а понекогаш и болничка нега со релативно повисоки трошоци.

¹⁵ Се обезбедува во релативно малку центри, обично се занимава со мал број на помали или сериозни болести за кои бараат специјално обучени здравствени работници и лекари и специјална опрема, и често е релативно скапа, се обезбедува во релативно малку центри, обично се занимава со мал број на мали или сериозни болести кои бараат специјално обучени здравствени работници и лекари и специјална опрема, а често е релативно скапа.

¹⁶ Заклучни согледувања на извештајот на Кипар, CRPD/C/CYP/CO/1, параграф 52.

¹⁷ European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare, 2013, p. 63

¹⁸ Достапноста на здравствените услуги и транспортот се две главни причини зошто лицата со попреченост не ја добиваат потребната здравствена заштита во земјите со ниски приходи (32-33% од лицата кбез попреченост не можат да си дозволат здравствена заштита во споредба со 51-53% од луѓето со попреченост).

¹⁹ Не обезбеден пристап до зградите (болници, здравствени центри), недостапна медицинска опрема (на пример, жените со физичка попреченост често не можат да пристапат до скрининг за рак на дојка и грло на матката бидејќи таблите за преглед не се прилагодливи за висина), слаба сигнализација, тесни врати, несоодветните бањи и недостапните паркинг места создаваат бариери за здравствените установи

²⁰ Лицата со попреченост имаат повеќе од двојно поголема веројатност да пријават дека вештините на давателот на здравствена заштита несоодветни за да ги задоволат нивните потреби, четири пати поголема веројатност да пријават дека се третирали лошо и речиси три пати поголема веројатност да пријават дека им е одбиена грижата.

²¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>. WHO Global Disability Action Plan 2014-2012, para. 28.

здравствена заштита, особено грижата за репродуктивното здравје за жените и девојчињата со попреченост²². Важноста на пристапноста во гарантирањето на правото на здравје е посочена и од Комитетот на ОН за економски, социјални и културни права во Општиот коментар бр. 14 во 2000 г.²³. При тоа се идентификувани четири меѓусебно поврзани елементи на правото на здравје, и тоа: достапност²⁴, пристапност и прифатливост²⁵, и квалитет²⁶. Овие елементи упатуваат на лицата со попреченост, при што *mutatis mutandis* треба да се применуваат и во реализирањето на правото на здравје според член 25 од Конвенцијата²⁷. Овие елементи се вградени и во „Универзалната здравствена покриеност“, која е една од целите на Целите за одржлив развој бр.3 кој се однесува на здравјето²⁸, чија реализација е препорачана и од Комитетот²⁹.

Правото на пристапност дополнително го надополнува членот 25 од Конвенцијата кој утврдува конкретни обврски за пристап до здравствена заштита со цел да им се гарантира на лицата со попреченост „уживање во највисокиот постижен стандард на здравје без дискриминација врз основа на оневозможност“³⁰.

Гледано, според член 25, недискриминацијата и еднаквоста се едни од основните компоненти на правото на здравје. Оваа одредба, во линија со членовите 3, 4 и 5 од Конвенцијата, дополнително ја зајакнува заштитата на лицата со попреченост од сите форми на дискриминација врз основа на оневозможност, барајќи не само од јавниот зсектор, туку и од приватните даватели на здравствени услуги и установи да се усогласат со обврските од Конвенцијата³¹.

Членот 25 дополнително ја уредува обврската на државите да ги преземаат сите соодветни мерки за обезбедување на пристап на лицата со попреченост до здравствените услуги³², вклучувајќи ја и хабитацијата и рехабилитацијата (член 26 ид Конвенцијата)³³.

Слично на тоа, според член 25, државите мора да обезбедат здравствени услуги и центри што е можно поблиску до заедниците на луѓето, вклучително и во руралните области. Примената на принципот на недискриминација бара на лицата со попреченост да им се обезбеди „ист опсег, квалитет и стандард на бесплатна или достапна здравствена заштита и програми како што се обезбедуваат за други лица“, вклучително и во областа на сексуалното и репродуктивното здравје³⁴ и населението -засновани програми за јавно

²² GC бр. 2 (2014), CRPD/C/GC/2, ст. 40. За време на преговорите за нацрт-член 21, некои делегации предложија бришење на зборовите „вклучувајќи ги и услугите за сексуално и репродуктивно здравје“, но имаше широка поддршка за негово задржување. Ад хок комитетот забележа дека оваа фраза немаше за цел да ги промени или да им наштети на општите политики на владите во однос на планирањето на семејството или поврзани прашања, до степен до кој тоа беше дозволено со националното законодавство од општа примена. Фразата беше изјавена за правото да се биде ослободен од недискриминација, а нејзиниот ефект беше дека лицата со попреченост ќе треба да бидат третираны на еднаква основа со другите во оваа област (Види шеста сесија). Сепак, некои држави членки издадоа толкувачки декларации во врска со значењето на терминот, види I. Pavone, член 25 (Здравје), во Конвенцијата за правата на лицата со попреченост. Коментар, уреден од V. Della Fina, R. Cera, G. Palmisano, Springer, 2017

²³ CESCR, General Comment No. 14, 'The right to the highest attainable standard of health' (Art. 12) (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

²⁴ Јавните здравствени установи, стоки и услуги, како и програмите, треба да бидат достапни во државата членка.

²⁵ Сите здравствени установи, стоки и услуги мора да ја почитуваат медицинската етика и културно соодветни, како и чувствителни на родовите барања и барањата на животниот циклус

²⁶ Објектите, стоките и услугите мора да бидат научно и медицински соодветни и со добар квалитет.

²⁷ Правото на здравје како основно човеково право за прв пат е признаено на меѓународно ниво во Уставот на Светската здравствена организација (СЗО) од 1946 година. Имено, во преамбулата е посочено „Уживањето на највисокиот постижен стандард на здравје е едно од основните права на секое човечко суштество без разлика на раса, религија, политичко уверување, економска или социјална состојба“. Последователно, ова право беше вградено во член 25, став 1, од Универзалната декларација за човекови права од 1948 година, каде е посочено: „Секоеј има право на животен стандард соодветен за здравјето и благосостојбата за него/неа и на неговото семејство, вклучувајќи храна, облека, домување и медицинска нега и потребните социјални услуги и правото на сигурност во случај на невработеност, болест, инвалидност, вдовица, старост или друг недостаток на egzистенција во околности надвор од негова контрола“.

²⁸ Во Агендата за одржлив развој 2030 година, земјите-членки на ОН се обврзаа да „постигнат универзална здравствена покриеност и пристап до квалитетна здравствена заштита“ и „да обезбедат универзален пристап до услуги за сексуална и репродуктивна здравствена заштита, вклучително и во планирањето на семејството, информациите и образованието“ (став 26). Резолуцијата 70/1 на Генералното собрание на ОН „Трансформирање на нашиот свет: Агенда за одржлив развој 2030“ усвоена на 25 септември 2015 година. Вид: Извештај на специјалниот известувач на ОН за правото на секоеј да ужива во највисокиот постижен стандард на физички и ментално здравје, документ A/71/304, од 5 август 2016 година.

²⁹ Види: Заклучни согледувања за првичниот извештај за Кипар, CRPD/C/CYP/CO/1, 8 мај 2017 година, став 52.

³⁰ Поимот „највисок постижен стандард на здравје“ е објаснет од страна на Комитетот за економски, социјални и културни права во Општиот коментар бр. 14 (2014) за член 12 од Пактот за економски, социјални и културни права. Комитетот јасно стави до знаење дека „ги зема предвид и биолошките и социо-економските предуслови на поединецот и расположливите ресурси на државата. Доброто здравје не може да го обезбеди државата, ниту пак државите можат да обезбедат заштита од секоеј можна причина за лошо здравје на луѓето. Следствено, правото на здравје мора да се сфати како право на уживање во различни објекти, добра, услуги и услови неопходни за остварување на највисокиот постижен стандард на здравје“ (став. 9).

³¹ Види: CESCR, Општ коментар бр. 14: Право на највисок можен стандард на здравје (член 12), став. 26; Генерален коментар на CESCR бр. 5: Лица со попреченост, став 34.

³² Види член 6 од Конвенцијата посветен на „Жените со попреченост“ кои се предмет на повеќекратна дискриминација.

³³ Рехабилитацијата е регулирана во член 26 од Конвенцијата. Погледни: V. Della Fina et al. (уред.), DOI 10.1007/978-3-319-43790-3_30.

³⁴ Во 2003 година, Комисијата за човекови права при ООН утврди дека: „сексуалното и репродуктивното здравје се интегрални елементи на правото за секоеј при уживањето на највисокиот постижен стандард на физичкото и ментално здравје“ (Резолуција на Комисијата за човекови права 2003/28). Овој став беше реафирмиран во 2004 г. (Резолуција на Комисијата за човекови права 2004/27).

здравје. Здравствените работници мора исто така да обезбедат грижа со ист квалитет на лицата со попреченост како и на другите, вклучително и врз основа на слободна и информирана согласност, меѓу другото, и подигање на свеста за човековите права, достоинството, автономијата и потребите на лицата со попреченост преку обука и етички стандарди, како во јавното така и во приватното здравство. Дури и здравственото или животното осигурување мора да се обезбеди без дискриминација за лицата со попреченост³⁵.

Комитетот во неколку заклучни согледувања дава појаснувања за содржината на членот 25, препорачувајќи им на државите членки да преземат мерки за да обезбедат дека жените со попреченост имаат пристап до достапни медицински услуги и установи³⁶, како и „да усвојат мерки за да се осигури дека здравствените услуги, вклучувајќи ги сите ментални - здравствените услуги, се засноваат на информирана согласност од засегнатото лице“³⁷, како и да пристап кон укинување на „законите кои дозволуваат присилно лекување и затворање, вклучително и по овластување на трети лица кои одлучуваат како членови на семејството или старатели“³⁸.

Во Општиот коментар бр. 1 (2014), Комитетот за правата на лицата со попреченост при ООН дополнително појаснува дека државите членки имаат обврска да бараат од сите здравствени и медицински професионалци (вклучувајќи ги и психијатриските професионалци) да добијат бесплатна и информирана согласност од лицата со попреченост пред каков било третман³⁹.

б) Нормативната рамка на Советот на Европа

Европската конвенција за човекови права (ЕКЧП) обезбедува заштита на голем број граѓански и политички права, но не го уредува правото на здравје и пристапот до здравствена заштита. И покрај овој недостаток, прашањата во врска со овие права покренати пред Европскиот Суд за човекови права (ЕСЧП) главно се поврзуваат со член 2 (право на живот), член 3 (забрана на тортура, нечовечко или понижувачко постапување или казнување) и член 8 (право на почитување на приватен и семеен живот).

Во врска со јуриспруденцијата по член 2, Судот има донесено одлука дека оваа одредба ја опфаќа и обврската на државите да обезбедуваат медицински установи и услуги. Во судската пракса, Судот одлучил дека според член 2 државата може да биде обврзана да обезбеди мерки за здравствена заштита кога има докази за причинско-последична врска помеѓу смртта на апликантите и недостатоците во системот за медицинска нега⁴⁰.

Таков е примерот со случајот Панаитеску против Романија⁴¹. Предметот се однесува за лице болно од рак кое починало во текот на постапката. Судот во овој случај одлучил дека државата не успеала да го спречи загрозувањето на животот на апликантот, со тоа што не му обезбедила соодветна здравствена заштита што претстваува прекршување на член 2 од

³⁵ Според член 25, од државите се бара и „да го спречат дискриминаторското негирање на здравствена заштита или здравствени услуги или храна или течности врз основа на попреченост“. Ова може да биде особено загрижувачко, на пример, во случај на лице со попреченост на кое му е одбиен орган за трансплантација поради неговата/нејзината состојба на попреченост. Исто така, се однесува на прашањата за животот, како што е правото да се одбие медицински третман во тешки здравствени состојби, како што се оние кои влијаат на лице во постојана вегетативна состојба (ПВС).

³⁶ Види, меѓу другото, Заклучни согледувања за првичниот извештај на Република Молдавија, CRPD/C/MDA/CO/1, 18 мај 2017 година, став 46

³⁷ Заклучни согледувања за Шпанија, CRPD/C/ESP/CO/1, 19 октомври 2011 година, ст. 36.

³⁸ Concluding observations on the initial report of China, CRPD/C/CHN/CO/1, 15 October 2012, para. 23.

³⁹ Комитетот особено нагласува дека во врска со правото на деловна способност загарантирано со член 12 од Конвенцијата, државите членки имаат обврска да не дозволат старателите кои одлучуваат во име на лицата со попреченост. Целиот здравствен и медицински персонал треба да обезбеди консултации каде директно е вклучено лицето со попреченост (став 41). Види став. 41. Австралија и Норвешка далоа декларации за член 25 кога ја ратификуваа Конвенцијата за правата на лицата со попреченост.

Во декларацијата Австралија посочува: „Австралија [...] го изјавува своето разбирање дека Конвенцијата дозволува задолжителна помош или третман на лица, вклучително и мерки преземени за третман на ментална попреченост, онаму каде што таквиот третман е неопходен, како последно средство и предмет на заштитни мерки“. Декларацијата на Норвешка исто така потврдува дека „Норвешка го изјавува своето разбирање дека Конвенцијата дозволува задолжителна грижа или лекување на лица, вклучително и мерки за лекување на ментални болести, кога околностите го прават третманот од овој вид неопходно како последно средство, а третманот е предмет на законски заштитни мерки.“

⁴⁰ Погледни, случај *Penitacova and 48 Others v Moldova* (2005) 40 E.H.R.R. SE23; случај *Nitecki v Poland* App no 65653/01 (Одлука на ЕСЧП од 21 March 2002); Случај *Cyprus v Turkey* (2002) 35 E.H.R.R. 30 [219].

⁴¹ Види случај *Panaïtescu v. Romania*, Appl. No 30909/06, 10 April 2012

ЕКЧП⁴². Слично и во случајот М. Шентурк и Б. Шентурк против Турција, Судот утврдил повреда на членот 2 поради необезбедување основна здравствена заштита што довело до смрт на апликантот⁴³.

Судот исто така има утврдено повреда на член 3 од ЕКЧП се однесува главно на условите на притвор на лицата со попреченост во однос на пристапот до здравствена заштита⁴⁴. Судот одлучил дека националните власти мора да преземат грижа и да обезбедат услови кои ги задоволуваат потребите на лицето, а кои произлегуваат од попреченоста, и дека треба да се обезбеди здравствената заштита соодветна на попреченоста⁴⁵ во притворските установи, вклучувајќи ги затворите и психијатриските болници, Дополнително судот посочува дека здравствените установи во затворите мора да бидат пристапни и достапни за затворениците со попреченост⁴⁶.

Во поглед на правото на здравствена заштита, ЕКЧП се повикува и на членот 8, кој се однесува на правото на приватен и семеен живот. Така, во поглед на повреда на член 8 од ЕКЧП Судот има донесено неколку судски прелудии. Таков е примерот со случајот за специфични аспекти поврзани со здравствената заштита, како што е недостатокот на пристап до лични медицински досиеја⁴⁷ во случајот К.Х. и други против Словачка⁴⁸, или прашањето за информирана согласност за медицински третман во случајот Х. против Финска⁴⁹.

Сепак, треба да се потсети дека во рамките на Советот на Европа правото на здравје е заштитено според членот 11⁵⁰ од Европската социјална повелба (ревидирана) што ја дополнува ЕКЧП за ова прашање како што е и посочено и од страна на Европскиот комитет за социјални права (ECSR)⁵¹ која исто така го гарантира правото на пристап до здравствена заштита⁵².

Ограничувајќи ја анализата на нормативната рамка, Комитетот за правата на лицата со попреченост при ООН им препорача на државите членки да усвојат нормативна рамка со

⁴² Видете го и случајот Центар за правни ресурси во име на Валентин Кампеану против Романија од 17 јули 2014 година. Големiot судски совет утврдил дека има повреда на член 2 (право на живот) од Конвенцијата, и во неговата материјална и во процедурален аспект. Апликацијата беше поднесена од невладинa организација (НВО), во име на Валентин Кампеану, напуштена при раѓањето и сместена во сиропиталиште. Нему како мало дете му беше дијагностицирано дека е ХИВ позитивен и дека страда од тешка ментална попреченост. Тој почина во 2004 година на 18-годишна возраст во психијатриска болница.

⁴³ Мехмет Шентурк и Бекир Шентурк против Турција Апликација бр. 13423/09 (ЕСЧП, 09 април 2013 година). Случајот се однесуваше на смртта на една бремена жена (I-fa Sentürk) по серија погрешни проценки од медицинскиот персонал во различни болници и последователниот неуспех да и се обезбеди итна медицинска помош. Судот оцени дека починатиот бил жртва на очигледни недостатоци од страна на болничките власти и дека му била ускратена можноста за пристап до соодветна итна помош. Судот повторил дека неуспехот од страна на државата да се придржува кон својата должност да ја заштити физичката благосостојба на една личност претставува прекршување на суштинскиот аспект на член 2 од Конвенцијата. Затоа, утврди дека државата го прекршила членот 2 поради тоа што не обезбедила итен медицински третман на пациент што на крајот довело до смрт.

⁴⁴ Судот прифати широк поим за лицата со попреченост, вклучувајќи ги не само лицата со физички или ментална попреченост, туку и лицата со сериозни болести, како што е дијабетесот (види Глор против Швајцарија, Апликација бр. 13444/04, ЕСЧП, 30 април 2009 година. сите пријавени случаи видете http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Disabled_ENG.pdf.

⁴⁵ Види *Ihan v. Turkey* [GC], бр. 22277/93, § 87, ЕКЧП 2000-VII; Пигалев против Русија, Апликација бр. 34393/03, ЕСЧП (Петти дел), Пресуда (заслуги и правична satisfакција) од 30 јули 2009 година; *Цена против Обединетото Кралство*, Апликација бр. 33394/96 [2001] ЕКЧП 458; *Науменко против Украина*, бр. 42023/98, § 112, 10 февруари 2004 година; *Farbuhs против Латвија*, бр. 4672/02, § 51, 2 декември 2004 година. *Ihan v. Turkey* [GC], no. 22277/93, § 87, ECHR 2000-VII; *Pitalev v. Russia*, Application no. 34393/03, ECtHR (Fifth Section), Judgment (Merits and Just Satisfaction) of 30 July 2009; *Price v. the United Kingdom*, Application no. 33394/96 [2001] ECHR 458; *Naumenko v. Ukraine*, no. 42023/98, § 112, 10 February 2004; *Farbuhs v. Latvia*, no. 4672/02, § 51, 2 December 2004.

⁴⁶ Видете ги случаите *Гримаилови против Латвија* Апликација бр. 6087/03, пресуда 25.6.2013; *Семихвостов против Русија* од 6 февруари 2014 година; *Хелхал против Франција* од 19 февруари 2015 година. See the cases *Grimailovs v. Latvia* App no 6087/03, judgment 25.6.2013; *Semikhvostov v. Russia* of 6 February 2014; *Helhal v. France* of 19 February 2015.

⁴⁷ See *Guerra and Others v. Italy*, 19 February 1998, § 60, Reports 1998-I; *McGinley and Egan v. the United Kingdom*, 9 June 1998, § 101, Reports of Judgments and Decisions 1998-III; *Roche v. the United Kingdom* [GC], no. 32555/96, para. 155, ECHR 2005-X.

⁴⁸ Application no. 32881/04.

⁴⁹ ECtHR, X. v. Finland, 3 July 2012, Appl. No 34806/04. A violation of Article 5(1) (right to liberty and security) was also found in this case. See also See *Testa v. Croatia*, 12 July 2007, Appl. No 20877/04, in which the Court held that “failing to provide patients with adequate information harms the self-determination of the person concerned and could constitute a violation of Article 8.”

⁵⁰ See also ESCR, 7 November 2004, *International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) v. France*, No 14/2003 and ECSR, 2 December 2008, *European Roma Rights Centre v. Bulgaria*, No 46/2007. Article 11 is a ‘non-core’ right, but all the States that have accepted it are under the authority of the European Committee of Social Rights which monitors the compliance of national legislation with the obligations laid down in Article 11. Moreover, if these States have also ratified the CRPD, as is the case of Italy, they have a double legal obligation to give effect to the right to health, including the right to access to health care for persons with disabilities. As for 10 September 2017, among the member States of the Council of Europe only Ireland, Lichtenstein, and Monaco had not ratified the CRPD.

⁵¹ The ECSR has pointed out that “the right to protection of health guaranteed in Article 11 of the Charter complements Articles 2 and 3 of the European Convention on Human Rights – as interpreted by Court – by imposing a range of positive obligations designed to secure its effective exercise”. See M. Marochini, *Council of Europe and the Right to Healthcare - Is the...Zh. Prav. fak. Sveuč. Rij.* (1991) v. 34, br. 2p. 750.

⁵² See “The right to health and the European Social Charter”, Information document prepared by the secretariat of the ESC (March 2009). The Information document is based on the conclusions adopted by the European Committee of Social Rights (ECSR) through its Reporting system over the years and it might be said to represent a summary of the Committee’s conclusions in the health care issues. Indeed, the ECSR interpreted and made observations regarding Article 11 not only in its conclusions but also through its decisions in the Collective Complaints procedure. Cf. M. Marochini, *Council of Europe and the Right to Healthcare*, cit., 729-760 (2013).

која се забранува дискриминација врз основа на оневозможност во здравствениот сектор и да се усогласат со обврските од Конвенцијата⁵³.

Во овој поглед, треба да се забележи дека иако правото на ЕУ конкретно не ги заштитува лицата со попреченост од дискриминација во здравствената заштита⁵⁴, неколку земји-членки имаат усвоено закони кои експлицитно забрануваат дискриминација врз основа на попреченост во пристапот до здравствена заштита⁵⁵, како што е и препорачано од Комитетот за правата на лицата со попреченост при ООН.

2. Национална рамка и пракса

2.1 Национална рамка за остварување на правото на здравје низ пристапноста

Во основните начела кои се вградени во член 39 од Уставот на Република Северна Македонија⁵⁶, спаѓаат правото на здравје и заложбата за универзален, солидарен и рамноправен пристап во организирањето и финансирањето на здравствениот систем. Ако овој член го ставиме во корелација со генералната забрана за дискриминацијата (член 9) од Уставот во кој оневозможноста не е дадена како можна основа на дискриминација, остварувањето на правото на здравствена заштита станува дискутабилно.

Од аспект на општиот принцип на почитување на човековите права, Законот за здравствена заштита (понатаму во текстот: 333)⁵⁷ го регулира правото на секој граѓанин (член 3, став 1) да има највисок можен стандард на здравствена заштита. Начелата на кои се заснова 333 не се сеопфатно разработени од аспект на нивната применливост и не даваат насоки за нивна операционализација од аспект на граѓаните со попреченост. Законот за здравствено осигурување (понатаму во текстот: 330)⁵⁸ ги уредува здравствените услуги во примарната, специјалистичко-консултативната и болничката заштита (краткотрајна и долготрајна) и здравствени услуги преку владините програми за превентивна и куративна здравствена заштита.

Според 333, Министерството за здравство ги сертифицира јавните и приватните даватели на здравствени услуги⁵⁹. Во самиот правилник, во поглед на пристапноста е наведено дека објектот треба да е на погодно и лесно пристапно мести (член 2) како и дека објектот треба да има пристапи и паркиралишта (член 3). Во критериумите не се процизирани обврските за обезбедување на пристапност согласно Конвенцијата, како ни примена на одредбите од ЗГ.

Во 2019 г. Министерството за здравство започна национална реформа на системот за примарна здравствена заштита во согласност со Декларацијата од Астана⁶⁰, со цел да се воведи нов модел на примарна здравствена заштита фокусирана на пациентот.

⁵³ See, among the others, the Concluding observations on the initial report of Portugal, CRPD/C/PRT/CO/1, para. 50.

⁵⁴ The EU law does not guarantee the right to access health care for disabled persons specifically since in the field of human health the Union has only the competence to carry out actions to support, coordinate or supplement the actions of the Member States (Articles 4, 6 and 168 of the Treaty on the Functioning of the European Union). Article 35 of the EU Charter of Fundamental Rights protects the right of access to health care. As for specific disability acts, the European Disability Strategy 2010-2020 identifies health as one of the eight areas for action. The Strategy recognizes that people with disabilities may have limited access to health services and they are entitled to equal access to healthcare, including preventive healthcare, and specific affordable quality health and rehabilitation services which take their needs into account, including gender-based needs. However, it affirms that it is mainly the task of the Member States, which are responsible for organising and delivering health services and medical care."

⁵⁵ See Synthesis Report "Access to Healthcare by People with Disabilities in Europe – A Comparative Study of Legal Frameworks and Instruments" prepared by Professor Waddington in 2014 the basis of 25 country reports provided by ANED experts

⁵⁶ Устав на Р. Македонија. Достапно на: <<http://www.sobranie.mk/ustav-na-rm.nspix>>.

⁵⁷ Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, МЗ. Достапно на: <http://mz.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/zakon-za-zdravstvena-zastita-2_12_2012.pdf>

⁵⁸ Закон за здравствено Осигурување (Интегриран пречистен текст Службен весник бр.65/2012, 16/2013 и 91/2013 година), Фонд за здравствено осигурување. Достапно на: <[http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Zakon%20za%20zdravstveno%20osiguruvanje%20\(Interen%20precisten%20tekst\).pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Zakon%20za%20zdravstveno%20osiguruvanje%20(Interen%20precisten%20tekst).pdf)>

⁵⁹ Правилник за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи <https://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/pravilnik-zu-pok-91.2013.pdf>

⁶⁰ Декларација од Астана <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

Примарната здравствена заштита е првиот контакт со системот на даватели на здравствените услуги. Осигуреното лице може да избере општ лекар, гинеколог и стоматолог⁶¹. Примарната здравствена заштита главно ја вршат лекари по општа медицина, семејни лекари, гинеколози, педијатри и стоматолози што работат во одделни приватни ординации. Тие ги упатуваат пациентите на повисоко ниво на здравствена заштита преку здравствениот информациски систем „Мој термин“

Од аспект на обезбедувањето на физичката пристапност до и во јавните и приватните објекти, вклучуваќи ги и здравствените објекти, нормативната рамка е уредена преку Законот за градба⁶² и Правилникот за за начинот на обезбедување на непречен пристап, движење, престој и работа на лицата со инвалидност до и во градбите⁶³, во кој се пропишани минимум стандардите за начинот на обезбедување на непречен пристап, движење, престој и работа до и во градбите за јавна, деловна, станбена и станбено-деловна намена (член 5 став 1). Дополнително, со Правилникот за стандарди и нормативи за урбанистичко планирање⁶⁴ е уредено правото за паркинг места.

Пристапноста и заштитата од дискриминација, како и соодветното приспособување се уредени преку Законот за спречување и заштита од дискриминација (ЗСЗД)⁶⁵. Законодавецот во формите на недискриминација го предвидува оневозможување на пристапност и достапност на инфраструктурата, добрата и услугите како и соодветното приспособување. Во поглед на лицата со попреченост, ЗСЗД предвидува обврската за соодветно приспособување да се обезбеди и во контекст на пристап до добра и услуги. Единствено во оваа насока⁶⁶.

На локално ниво, урбанистичкото планирање и издавање на одобренија за градење е регулирано со член 22 став 1 од Законот за локална самоуправа⁶⁷, во кој не е предвиден принципот на недискриминација и принципот на пристапност. Проблемите на локално ниво се појавуваат околу надлежностите при спроведувањето на одредбите на ЗГ како и различното толкување на одредбите од страна на националните и локалните власти⁶⁸. Дополнително тука треба да се спомене и ниското познавање на инспекциите за универзалниот дизајн, како и минимум стандардите за пристапност⁶⁹.

И покрај постоењето на законска обврска, во пракса, јавните и деловни субјекти на локално ниво постапуваат индивидуално⁷⁰, што е индиција дека инспекцискиот сектор на локално ниво, како и државниот градежен инспекторат дозволуваат пуштање во употреба на објекти кои не ги исполнуваат законските обврски во поглед на минимум стандардите за физичка пристапност до и во објектите⁷¹.

Законот за заштита на правата на пациентите⁷² предвидува повеќе права, меѓу кои и правото на информација за пациенти со трајно намалена способност за расудување, во согласност со неговата физичка, ментална и психичка состојба, како и неговиот старател

⁶¹ Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030 <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2021/12/19.11.-SZ-posledna-Konechna-Natsrt-Strategija-MKD.pdf>

⁶² Закон за градба, Министертво за транспорт и врски, http://mtc.gov.mk/media/files/ID_Zakon_za_gradenje_115_01082014.pdf

⁶³ Правилник за начинот на обезбедување на непречен пристап, движење, престој и работа на лицата со инвалидност до и во градбите, http://www.mtc.gov.mk/new_site/images/storija_doc/115/pravilnici/25-2010.pdf Пристапено на: 21.10.2014.

⁶⁴ Правилник за стандарди и нормативи за урбанистичко планирање, http://mtc.gov.mk/new_site/images/storija_doc/1353/Pravilnik%20za%20standardi%20i%20normativi%20za%20urb.planiranje%5B1%5D.pdf Пристапено на: 21.10.2014.

⁶⁵ Закон за спречување и заштита од дискриминација, МТСП, достапен на: <http://mtsp.gov.mk/content/pdf/zakoni/2019/27.5-Zakon%20za%20zaslita%20od%20diskriminacija.pdf>.

⁶⁶ Е. Кочоска, М. Трпеска. Публикација Водич за соодветно приспособување, ОБСЕ, 2021 <https://www.osce.org/mk/mission-to-skopje/446749>

⁶⁷ Закон за локална самоуправа, Сл.в.бр 5/02.

⁶⁸ д-р Жанета Попоска, Звонко Шаврески, Елена Кочоска Публикација Холистички извештај за лицата со попреченост во Република Македонија, 2018 достапно на https://civicamobilitas.mk/wp-content/uploads/2018/02/0_holisticki_izvestaj_za_licata_so_poprechenost_vo_makedonija-mk.pdf

⁶⁹ Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попреченост опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

⁷⁰ Кочоска Е., Јовановска, Б., Ортаковски Т., Станојковска-Трајковска, Н., Георгиевска, С. (2021) Анализа на состојбата по прашањето на попреченост во РС Македонија

⁷¹ Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попреченост опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

⁷² Види: Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен вестник на РМ“, бр. 82/08. Достапен на: <http://www.pravdiko.mk/wp-content/uploads/2013/11/Zakonot-za-zaslita-na-pravata-na-patsientite-02-07-2008.pdf>

или законски застапник“ (член 11). Вака поставената одредба е добра, но поради отсуство на обуки за комуникација и пристап кон лицата со попреченост, во пракса истата е отежната.

Во здравствениот систем не постои системско следење на квалитетот на здравствените услуги, иако истото е законска обврска⁷³. Еден од поголемите предизвици е и евиденцијата по основ на попреченост, која целосно изостанува од здравствениот систем, вклучуваќи ја и евиденцијата во примарната здравствена заштита.

Еден од поновите документи кој е големо значење за лицата со попреченост и нивните семејства а кој го следи пристапот за човекови права е предлог Националната стратегија за лицата со попреченост (2023 – 2030)⁷⁴. Во стратегијата пристапноста на обектите, услугите и информациите се опфатени и во остварувањето на правото на здравје. Во приоритетната област 3, „Здравствена сигурност и пристапност на здравствениот систем“, во посебната цел 2 „Олеснет пристап до здравствените услуги на децата и лицата со попреченост и нивните семејства во здравствениот систем“, се предвидени две мерки кои треба да обезбедат да здравствените установи се физички пристапни и обезбедуваат пристапни информациите и услуги и тоа: 2.1 Воспоставување систем за ефикасна пристапност и достапност до здравствените услуги за децата и лицата со попреченост и нивните семејства на сите нивоа на здравствена заштита, 2.2 Воспоставување услуга за поддршка во донесување информирана согласност на лицата со попреченост во здравствениот систем. Вака поставениот план во оваа област во линија со мерките предвидени во приоритетната област 1 „Пристапна средина којашто овозможува еднакви можности, независност и активно учество на лицата со попреченост во сите сегменти од јавниот живот“ во следниот период треба да доведат до унапредување на пристапноста на посотечките и новите здравствени објекти, како на јавните така и на приватните здравствени институции.

2.2 Мапирани и објавени наоди за пристапот до здравје од страна на лицата со попреченост во различни извештаи и тематски извештаи

Првите бариери на кои наидуваат лицата со попреченост во остварувањето на правото на здравје, а кои се показатели на системска и институционална дискриминација, се токму непристапните простории и информации од страна на институциите во ПЗЗ⁷⁵. Практиката од терен посочува дека државата не превзема доволно напори за спроведување во целост на обврските од Конвенцијата со цел ефикасно остварување на правото на здравје од страна на лицата со попреченост⁷⁶. Аларматната состојба во оваа област е посочена следствено низ сите 10 години од страна на различни чинители и организации на лица со попреченост, како и граѓанските организации кои работат во областа на здравствена заштита и човекови права.

Год.	Посочени согледувања од терен
2012	57% од интервјуираните родители, во Извештај од истражување за состојбите во однос на имплементацијата на Конвенцијата на ОН ⁷⁷ не се задоволни од услугите од здравствена заштита, дури 100% од родители на лица со интелектуална попреченост над 26 години го посочуваат

⁷³ -р Маја Парнаријева-Змејкова (28.03.2022 година), Здравствен систем, здравствено осигурување и здравствена инфраструктура, страна 6

⁷⁴ Предлог национална стратегија за лица со попреченост, Влада на РСМ, 2023 <https://ener.gov.mk/Default.aspx?item=newdocumentdetails&detailsId=52>

⁷⁵ Види: „Сексуалното и репродуктивното здравје и лицата со телесна попреченост - Извештај од проценка за потреби од услуги – Хера, страна 20,2012, <http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2014/02/izvestaj_poprecenost_rz.pdf>.

⁷⁶ Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попреченост опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

⁷⁷ Види: Извештај од истражување за состојбите во однос на имплементацијата на Конвенцијата на ОН за правата на лицата со попреченост, Порака, 2012 година, стр.15.

	селективниот пристап во обезбедувањето на бесплатна здравствена заштита, лекување третмани и лекови.
2013	За неповолниот пристап кон здравствената заштита од страна на лицата со попреченост е посоечено и од страна на Народниот правобранител ⁷⁸ , кој дошол до констатција дека „децата со посебни потреби отежнато ги остваруваат правата од здравствена заштита, а не секогаш соодветно згрижени и третираны во институциите за грижа на овие деца“. Кога станува збор за областите поврзани со здравјето повеќе од испитаниците се жалат на недостапноста на здравствените услуги, со акцент на физичката непристапност на здравствените установи ⁷⁹ .
2014	Едни од заклучоците во специјалистичкиот истражувачки труд Патронажна служба кај деца со посебни потреби ⁸⁰ , укажуваат дека патронажните сестри имаат потреба од повисок степен на едукација за третман и рехабилитација на деца со посебни потреби во домашни услови, како и тоа дека има потреба од поголема координација и соработка на патронажната служба со други здравствени, социјални и образовни институции, со цел обезбедување на поквалитетна комуникација во односот здравствен работник – клиент.
2020	Во истражувањето на терен во 2019, кумулативно 94,5 % од испитаниците/чките сметаат дека лицата со попреченост не се заштитени од дискриминација во остварувањето на правото на здравје. Врз основа на анализите на терен, генеколошките клиники и болниците за мајчинство не се достапни за жените со попреченост, нема обучен кадар, нема соодветна опрема и нема проистапни и достапни информации во различни формати како на национално така и на локално и регионално ниво ⁸¹ .
2020	На прашањето во која област на општественото живеење лицата со хендикеп се најчесто дискриминирани вкупниот истражувачки примерок смета дека тоа е областа социјална заштита за која 96% од испитаниците сметаат дека е најчеста и здравство со 94%. Потоа следи областа на образование наука и спорт со 70,5%, работа и работни односи со 64,5% и пристап до добра и услуги со 62%. За областа јавно информирање и медиуми 46% од испитаниците/чките сметаат дека е честа, потоа областа на правосудство и управа со 39% и домување со 27%. На крај е областа на културата со 5,7% од испитаниците/чките кои сметаат дека е честа и членувањето и дејствувањето во синдикални организации, политички партии, здруженија и фондации или други организации засновани на членство со 2,5% ⁸²
2020	Од 1000 испитаници со попреченост, 82,5 % од испитаниците/чките се изјасниле дека здравствените институции не се пристапни за лицата со попреченост, додека 99 % од испитаниците во истражувањето ја оцениле негативно работата на здравствените работници во однос на граѓаните со попреченост, алудирајќи на негативниот однос и комуникација со самите пациенти со попреченост ⁸³ .
2020	Според истражувањето на терен, од 1000 испитаници со попреченост 99 % од испитаниците ја оцениле негативно работата на здравствените работници во однос на граѓаните со хендикеп. При што 41 % од испитаниците кумулативно се изјасниле дека работата на здравствените работници не добра, 34,5 % одговориле дека не им се допаѓа, додека 23,5 % сметаат дека е тоа што е потребно. Само 0,5 % одговориле позитивно и исто толков % се изјасниле дека не знаат.
2021	Од 300 испитаници/чки во Битола ⁸⁴ , 27% од испитаниците/чките одговориле дека здравствените услуги се на завидно ниво, додека 73 % дале негативен одговор. Како едни од причините за незадоволството, испитаниците посочуваат на неможност да си ги дозволат услугите (55%), 18% посочиле дека услугите биле премногу далеку и е неопходно да се патува за да се добијат истите.

⁷⁸ Види: Годишен извештај 2013 - Народниот Правобранител, страна 38. Достапен на : <<http://ombudsman.mk/upload/Godisni%20izvestai/GI-2013.pdf> >

⁷⁹ Види: Годишен извештај 2013 - Народниот Правобранител, страна 38. Достапен на : <<http://ombudsman.mk/upload/Godisni%20izvestai/GI-2013.pdf> >

⁸⁰ Види: Љилјана Ивановска, Специјалистички труд - Патронажна служба кај деца со посебни потреби, 2010 година, стр.4-5, <https://eprints.ugd.edu.mk/475/1/Spezialisticki_Liljana_Ivanovska.pdf> Пристапено на: 26.10.2014.

⁸¹ <https://www.undp.org/sites/g/files/zskake326/files/2022-12/MK_Analiza_Lica%20so%20poprecenost_accessible%20version%5B4687%5D_0.pdf >

⁸² Е. Кочоска Истражување „Каде плови овој брод“ - Демистификација на правата на лицата со хендикеп во Република Македонија со осврт на правото на здравствена заштита, Полю Плус , Вкупниот број на испитаници/чки е 1000 лица, од кои 500 се лица со попреченост и 500 се родители на деца со попреченост имајќи ги предвид сите видови на попреченост. Најголема застапеност има во Скопје каде се опфатени 200 испитаници/чки, п Тетово – 165 испитаници/чки, па потоа следува Велес со 80 испитаници/чки, Прилеп со 75 испитаници/чки, Гостивар со 70 испитаници/чки, Гевгелија со 35 испитаници/чки, Струмица, Струга, Радовиш, Охрид, Неготино и Виница сите по 15 испитаника/чки, Градско со 30 испитаници/чки, Ресен со 25, Пробиштип, Штип, Кичево, Крива Паланка и Боговиње сите со 20 испитаника/чки, Кочани, Кратово, Куманово и Дојран со по 10 испитаника/чки, Битола и Брвеница, Валандово и Дебарца со по 5 испитаника/чки

⁸³ Е. Кочоска Истражување „Каде плови овој брод“ - Демистификација на правата на лицата со хендикеп во Република Македонија со осврт на правото на здравствена заштита, Полю Плус , Вкупниот број на испитаници/чки е 1000 лица, од кои 500 се лица со попреченост и 500 се родители на деца со попреченост имајќи ги предвид сите видови на попреченост. Најголема застапеност има во Скопје каде се опфатени 200 испитаници/чки, п Тетово – 165 испитаници/чки, па потоа следува Велес со 80 испитаници/чки, Прилеп со 75 испитаници/чки, Гостивар со 70 испитаници/чки, Гевгелија со 35 испитаници/чки, Струмица, Струга, Радовиш, Охрид, Неготино и Виница сите по 15 испитаника/чки, Градско со 30 испитаници/чки, Ресен со 25, Пробиштип, Штип, Кичево, Крива Паланка и Боговиње сите со 20 испитаника/чки, Кочани, Кратово, Куманово и Дојран со по 10 испитаника/чки, Битола и Брвеница, Валандово и Дебарца со по 5 испитаника/чки

⁸⁴ Извештај за резултатите од социјалното мапирање во општина Велес, ГИЗ 2021

2021	Истражувањата потврдуваат дека здравствените услуги се најнедостапни за лицата со оштетен слух, поради немањето на толкувачи на знаковен јазик во здравствените установи и недостигот на обучен кадар за комуникација со овие лица ⁸⁵
2022	Голем дел од здравствените услуги од примарната здравствената заштита (стоматолошка интервенција, прегледи на гради, дијагностиката, проценка на попреченоста) се остваруваат во главниот град, што придонесува да овие услуги бидат достапни за лицата со попреченост кои живеат надвор од главниот град ⁸⁶ .
2022	Корисниците кои се преселни во станбените единици примарната здравствена заштита ја добиваат организирано од самите институции ⁸⁷ , освен кај корисниците кои се преселени од ЈУББ. Имено корисниците од ЈУББ според наодите на НП „услугите од здравствена заштита ги користат од страна на самостојно избрани матичен лекар, стоматолог, гинеколог, освен физикалната терапија која се остварува само во установата“ ⁸⁸
2022	Извештајот на НП за 2022 посочува дека Отежнат пристап до правата е констатирано и во областа здравствена заштита и здравствено осигурување, особено во обезбедувањето на основните здравствени услуги за граѓаните, правото на болничко лекување или рефундирањето на средства за здравствени услуги. Проблем кој сериозно загрижува и бара итно решение е обезбедувањето на редовна и навремена терапија за болните, особено оние со ретки болести, вклучително и набавка на посовремени и поефикасни лекови и терапија, ⁸⁹ .
2023	<ul style="list-style-type: none"> • 23% - 37% од учесничките во истражувањето чувствуваат дискриминација кога одат кај матичен лекар од различна дејност • 50% - 57% сметаат дека просториите на избраните лекари од различна дејност не се или делумно се пристапни; проблем со основна физичка пристапност до ординациите е констатиран дури и во јавни здравствени установи (некои поликлиники во рамки на Здравствениот дом); • За 45% - 56% од жените информациите кои ги добиваат од избраните лекари од различна дејност не се во пристапен и разбирлив формат или пак делумно се разбирливи • Само 40% од жените со попреченост се запознати со правото на соодветно приспособување во установата, а само 12%, односно 18% го побарале тоа од матичните лекари • Околу 23% од испитаничките одат на преглед поретко од еднаш на две години и само по потреба, што имплицира дека тие најверојатно не вршат редовни превентивни прегледи • Дури 30% од соговорничките од возрастните категории постари од 24 години никогаш немаат направено ЕКГ, а ова е и многу поизразено кај лицата со интелектуална попреченост и лицата со комбинира попреченост • 63% од жените со попреченост над 35 годишна возраст немаат никогаш добиено покана по пошта за превентивен преглед од матичниот лекар • 22% од жените со попреченост никогаш не направиле ПАП тест, најголем дел поради ставот дека не треба да прават ПАП ако „ништо не ги боли“; • Идентификуван проблем на наплата на жените со попреченост за прегледи извршени кај матичен гинеколог • 30% од жените со попреченост немаат матичен гинеколог, голем дел поради немање свесност за потребата од тоа, но и поради немање информација каде да се обратат⁹⁰

⁸⁵ Е. Кочоска, М. Треска. Публикација Водич за соодветно приспособување, ОБСЕ, 2021 <https://www.osce.org/mk/mission-to-skopje/446749>

⁸⁶ Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрастните со попреченост опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

⁸⁷ Службена белешка од извршен увид во станбените единици за живеење со поддршка на ЈУ Специјален Завод Демир Капија во Неготино, на ден 12.07.2022

⁸⁸ Службена белешка по извршен увид во ЈУ Бања Банско и станбените единици под надлежност на ЈУ Бања Банско на ден 05.07.2022

⁸⁹ Народен Правобранител 2022 година Годишен Извештај за 2022 година Достапно на:

https://ombudsman.mk/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B0/%D0%93%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%88%D0%BD%D0%B8_%D0%B8%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D0%B8.aspx

⁹⁰ И. Луческа, Извештај, „Пристап до примарната здравствена заштита за ромките и жените со попреченост за време и после ковид“ Хера 2023 . Во рамки на истражувањето беше направена анкета со 130 жени со попреченост, постари од 18 години. При тоа беа опфатени 4 градови во Македонија. Во повеќето градови соговорничките беа со живеалиште во различни градски и приградски населби, а беа вклучени и лица кои живеат во село (околу 15%). Најголем дел од соговорничките беа од Скопје (55.7%), при што најзастапени во анкетата се лицата со физичка попреченост со 44.6%, по која следат лица кои се глуви и наглуви и лица кои се слепи и кои имаат слаб вид со 21.5%, односно 16.2%

2.3 Заклучни согледувања на иницијалниот извештај на Република Македонија од страна на Комитетот за правата на лицата со хендикеп

Во 2018 година на 20 - та сесија на ООН Комитетот за правата на лицата со хендикеп се оценуваше имплементацијата на Конвенцијата од страна на Р. Македонија. Во Заклучни согледувања на иницијалниот извештај на Р. Македонија⁹¹, Комитетот за правата на лицата со попреченост посочува на неколку препораки за остварување на правото на здравје (член 25) од Конвенцијата.

Здравство (член 25)	
Забелешки	Препораки
<p>Комитетот е загрижен дека состојбата на хендикеп во Законот за заштита на правата на пациентите не е основ за заштита од дискриминација и е загрижен за севкупниот недостаток од пристапност на редовните здравствени услуги (став 41) особено:</p> <p>(а) Ограничувања по однос на возраст за пристап до бесплатна здравствена заштита и третман, заедно со исклучоците во Законот за здравство кој дискриминира во однос на лица со хендикеп.</p> <p>(б) Недостаток на рамки кои гарантираат пристапност на лицата со попреченост до слободна и информирана согласност во однос на здравствени услуги.</p> <p>(в) Недостаток од рана идентификација, достапност и пристапни цени за специјализирани здравствени услуги поврзани со хендикепот.</p> <p>(г) Недостаток на пристапност до основните медицински продукти неопходни да се одржат што е можно најдобри животни услови.</p> <p>(д) Недостаток на информации за сексуалното и репродуктивно здравје во пристапни формати за лица со хендикеп, вклучувајќи ги жените и девојчињата и недостатокот на специјализирани услуги за девојчињата и жените со хендикеп во сите делови на државата- членка.</p> <p>(ф) Слаб пристап до здравството и недостаток на специјализирани услуги за деца со хендикеп.</p>	<p>Комитетот (став 42) препорачува државата- членка:</p> <p>(а) а го вклучи хендикепот како основа за заштита од дискриминација во Законот за заштита на правата на пациентите;</p> <p>(б) да ги отстрани ограничувањата по возраст за пристап до бесплатно здравство и лекување, како и да ги отстрани сите исклучоци во Законот за здравство кој ги дискриминира лицата со хендикеп;</p> <p>(в) да усвои стратегија за да обезбеди бесплатна или финансиска достапност до сите потребни здравствени услуги за лицата со хендикеп, како и преку обука на здравствените работници за правата на лица со хендикеп запазувајќи го пристапот кон хендикеп базиран на човековите права;</p> <p>(г) да усвои здравствени протоколи со цел да се обезбеди правото на лицата со хендикеп за бесплатна и информирана согласност за здравствени третмани;</p> <p>(д) да преземе мерки да обезбеди рана идентификација, достапност и пристапност на здравствени институции и услуги со отстранување на физичките препреки до здравствените центри и обезбедување информации во пристапни формати;</p> <p>(ѓ) да обезбеди споделување на информации за сексуални и репродуктивни права во соодветни формати за сите лица со хендикеп, и достапноста на услуги по основ на род и возраст и да обезбеди специјализирани услуги за лица со хендикеп во сите делови на државата- членка;</p> <p>(е) брзо да усвои и спроведе нов акционен план за подобрување на здравствената грижа за децата со хендикеп;</p> <p>(ж) да ја промовира достапноста на специјализирани здравствени услуги поврзани со хендикеп.</p>

⁹¹ Погледни: Заклучни согледувања на иницијалниот извештај на Република Македонија од страна на Комитетот за правата на лицата со хендикеп, усвоен од страна на Комитетот на 20-та седница (27 август- 21 септември 2018). ООН Комитет за правата на лицата со хендикеп. Достапно на: <
https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/MKD/CO/1&Lang=En>

3. ПЕРЦЕПЦИИТЕ ОД ТЕРЕН 2023 ГОДИНА

3.1 Методологија и премерок на истражување

За да обезбеди релевантни и веродостојни информации, истражувањето се спроведуваше со повеќе квалитативни истражувачки методи и алатки. Беше направена деск-анализа на документи, политики, закони и друга литература на полето на правото на здравје, со фокус на пристапноста. Со цел да се навлезе подлабоко во состојбите при анализата е земен предвид и националниот и локалниот контекст, како и националните политики и законодавство насочени кон лицата со попреченост, со акцент на обезбедувањето на пристапност согласно Конвенцијата. Покрај правната рамка, анализата има за цел да ги прикаже перцепциите на оние што работат на креирање политики и практики и оние што ги спроведуваат во директен контакт со лицата со попреченост, како и видувањата на самите лица со попреченост. За таа цел, беа собирани податоци преку:

1. Барања за пристап до информации, кои беа испратени до релевантни институции ;
2. Истражување на 100 лица со попреченост

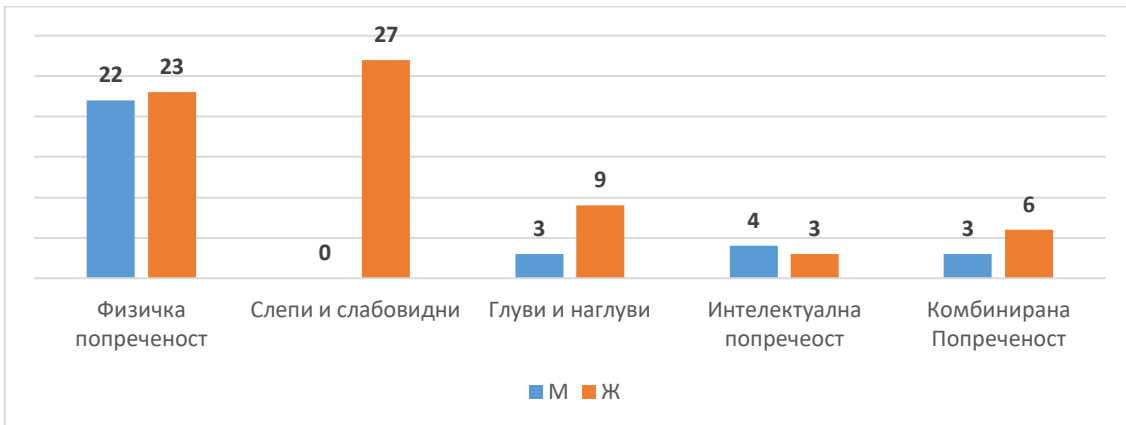
3.2 Осврт кон добиените одговори од страна на јавните институции

3.3 Осврт кон добиените одговори од страна на лицата со попреченост

Оваа анализа дава само индикативна слика за перцепциите на лицата со попреченост во остварувањето на правото на здравје со фокус на пристапноста, познавањето на правото на пристапност и соодветното приспособување од страна на лица со попреченост. За крај, дава преглед и на тоа што лицата со попреченост сметаат дека треба да се направи од страна на за остварување на правото на пристапност во остварување на правото на здравје. При спроведувањето на теренската работа, користен е едноставен прашалник за лицата со попреченост

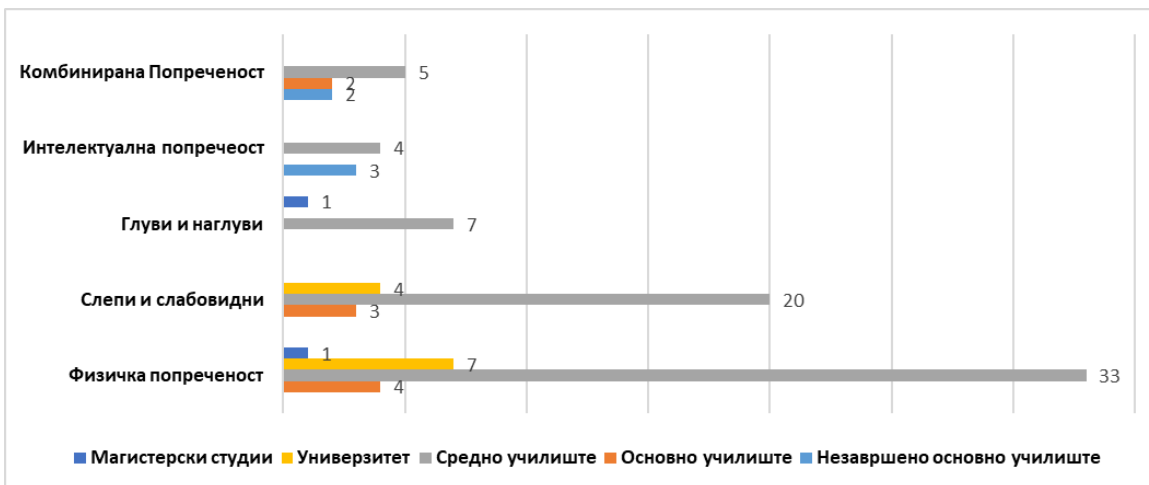
Вкупниот број на испитаници/чки е 100 лица со попреченост имајќи ги во предвид скоро сите состојби, со исклучок на лицата со психосоцијална попреченост. Целосниот примерок е стратифициран по сосотјба на попреченост, пол, возраст, степен на образование. Во таа насока, целниот примерок на лицата со попреченост е поделен на следниов начин и тоа: 45 лица со физички хендикеп (од кои 22 се мажи со попреченост и 23 жени со попреченост), 27 лица со оштетен вид (од кои сите се жени со попреченост), 8 лица со оштетен слух (од кои 3 се мажи со сензорна попреченост и 5 се жени со попреченост), 7 се лица со интелектуална попреченост (од кои 3 се мажи со комбинирана попреченост и 4 жени со комбинирана попреченост). (види Графикон број).

Графикон број ...



Табела број 1

Возрасна структура	18-29		30-39		40-49		50-59		60-64		65+	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Пол												
Физичка попреченост	4	2	4	7	5	3	6	11	3			
Слепи и слабовидни		8		10		5		1		1		2
Глуви и наглуви	1	3			1		1	1			1	
Интелектуална попреченост		1	2	2	2							
Комбинирана Попреченост		1		2	3	2		1				
Вкупно	5	15	6	21	11	10	7	14	3	1	1	2



Во Табелата број е даден кумулативен приказ на примерокот според возраста, поделен на седум возрасни групи. Од него може да се заклучи дека најголем дел од испитаниците/чките се лица со попреченост кои припаѓаат на возрасната група над 30 години со вкупен процент од 85%, а најмалку на возрасната група од 60 години со вкупен процент од 15%. Најголем број на испитаници/чки лица со попреченост се од возрасната групи од 30 до 39 години и од 40 до 49 години на кои отпаѓа 37% од истражувачкиот под-примерок на лица со попреченост.

Во поглед на степенот на образование на истражувачкиот примерок од Графикон број ...) од кој може да се заклучи дека најголем дел од испитаниците/чките и тоа значителен број, имаат завршено средно образование со 72% од лицата со попреченост, по кој следи групата испитаници/чки со високо образование со 12 % од лицата со хендикеп) и 9 % кои завршиле основно образование. Загрижува фактот што 7% од испитаниците/чките од лицата со попреченост се без формално образование.

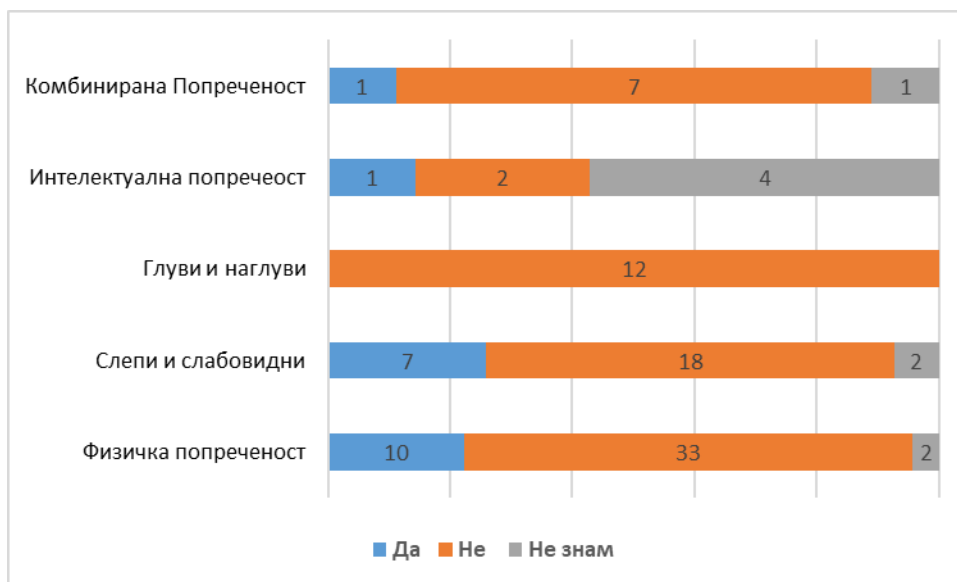
3.4. Квантитативна и квалитативна анализа на перцепциите на јавните здравствени установи и лицата со попреченост

3.4.1 Еднаквост и не-дискриминациј во остварувањето на правото на здравје

Во остварувањето на правата еден од основните начела на Конвенцијата е токму еднаквост и недискриминацијата. Во однос на перцепцијата на лицата со попреченост дали лицата со попреченост можат да го остварат правото на пристап до здравствениот дом кумулативно 72% од испитаниците/чките сметаат дека лицата со попреченост не можат да го остварат истото.

Постојат одредени варијации по основ на состојбата на попреченост кај самите испитаници/чки. Од графиконот број ... може да се согледа дека лицата со физичка попреченост (33), лицата кои се глуви и наглуви (12) и лицата кои се слепи и слабовидни (18) се покатегорични во поглед на изјаснувањето за неможност да го остварат ова право, како и лицата со комбинирана попреченост (7). Кумулативно висок е процентот на испитаниците/чките (9 %) кои се изјасниле дека незнаат дали можат да го остварат ова право. Варијациите по основ на состојбата на попреченост се и тука евидентни пришто, 4 испитаници/чки со интелектуална попреченост одговориле со не знам, додека по 2 испитаници/чки со физичка попреченост и кои се слепи и слабовидни дале ваков одговор, додека само 1 испитаник/чка дал/а одговор дека не знае дали лицата со попреченост можат да го остварат своето право на пристап до здравствениот дом.

Граф. број Дали можете да го остварите правото на пристап до здравствениот дом?

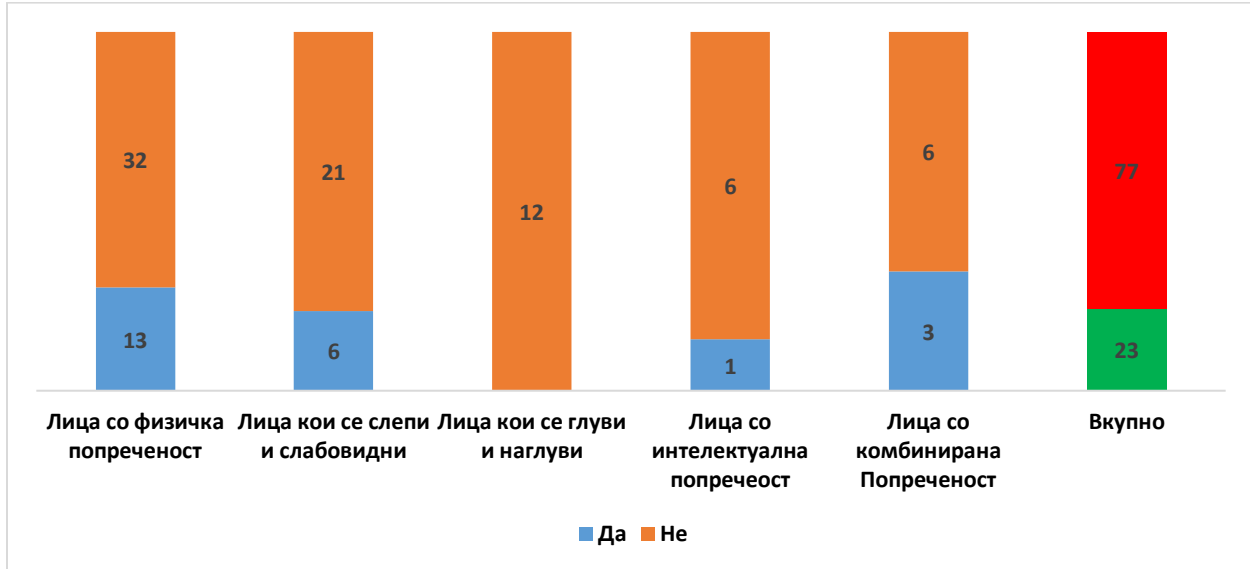


Во поглед на дискриминацијата и еднаквоста, 90 % испитаниците/чките со попреченост посочуваат дека лицата со попреченост се дискриминирани во остварувањето на правото на здравје (графикон број ...). Само 2 % односно 4 испитаника/чки дале негативен одговор, додека како и кај првото прашање и овдека доста е висок % на испитаниците кои дале одговор не знам (8 испитаници/чки односно 8 %). Во поглед на состјбата на попреченост, нема големи варијации по основ на перцепцијата за дискриминација. Доста е висок % кај лицата со физичка попреченост кои не знаат дали се дискриминирани во остварувањето на правото на здравје.

Граф. број . Дали се соочуваат со дискриминација во остварувањето на правото на здравје?



Граф. број Дали сте побарале соодветно приспособување во здравствениот дом ?



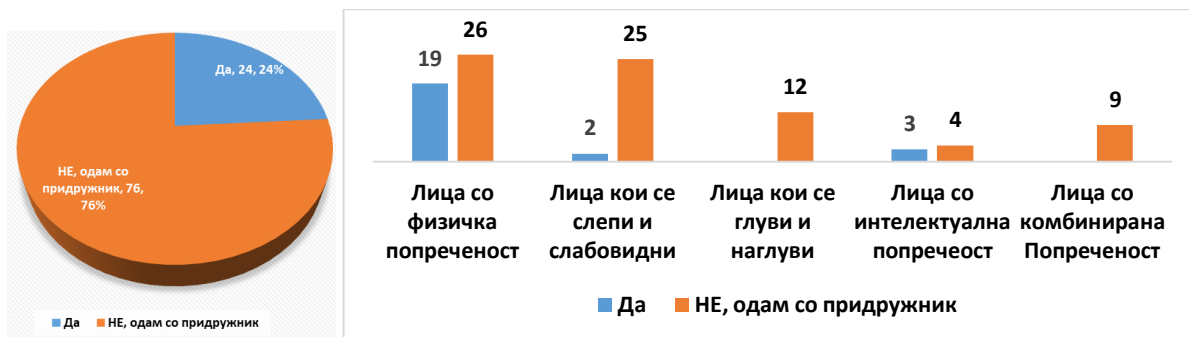
Во поглед на остварувањето на правата преку инструментот на соодветно приспособување, повеќе под половина од испитаниците посочиле дека не побарале соодветно приспособување во здравствениот дом, додека само 23 од испитаниците/чките побарале соодветно приспособување во здравствениот дом. Варијациите и кај различните состојби на попреченост постојат, но генерално во однос на % на испитаници/чки не отстапува значително. (види графикон број) Посточките наоди од ова прашање сепак посочуваат дека лицата со попреченост не го користат овој правен инструмент во остварувањето на своето право и е индикација дека лицата со попреченост не го познаваат истиот.

3.4.2 Остварување на правото на пристапност во остварувањето на правото на здравје

Необезбедувањето на правото на пристапност е чин на дискриминација согласно Конвенцијата. Правото на пристапност е и право и принцип во самата Конвенција. Во таа насока и дел од прашањата во сегмент се однесуваат на познавањата од страна на лицата со попреченост за пристапноста *per se*, и пристапноста на информациите кои треба да бидат обезбедени од страна на здравствените институции во пристапни формати.

Врз основа на добиените одговори, 76 испитаници/чки во анкетата посочиле дека кога одат во здравствените домови одат со придружник (Графикон број), наспроти 24 испитаници/чки со попреченост. Во поглед на состојбите на попреченост може да се забележи дека само 42 % од лицата со физичка попреченост и 43 % од лицата со интелектуална попреченост одат сами во здравствените домови. Останатите испитаници/чки со различна состојба на попреченост одат со придружник.

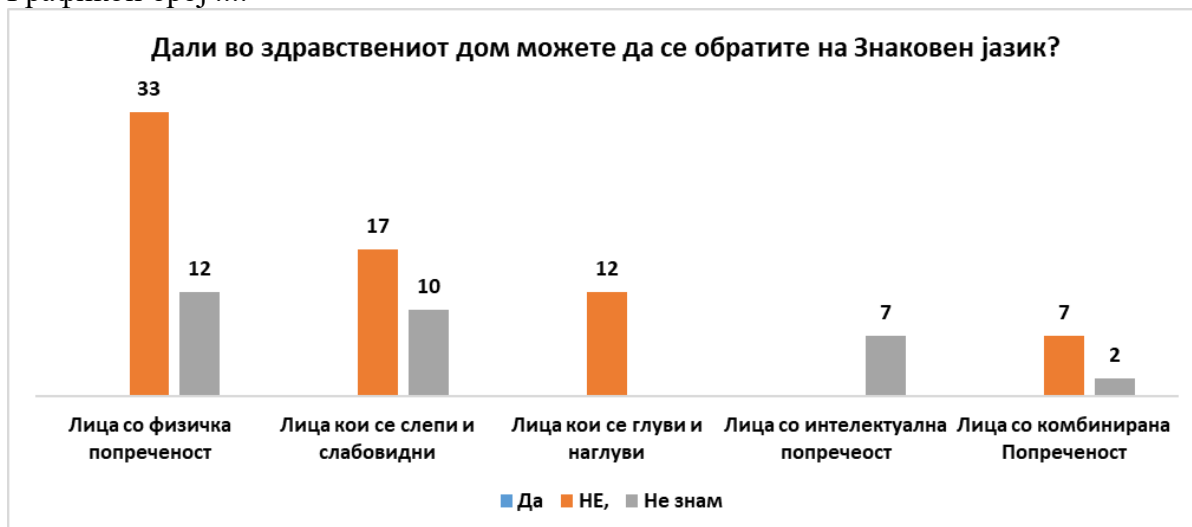
Графикон број Дали како лице со попреченост, можете сами да пристапите до здравствениот дом?



Графикон број ...



Графикон број





Графикон број



Кога станува збор за пристапните информации, како и обезбедувањето на информациите кои се нудат од страна на здравствените институции, кумулативно скоро сите испитаници посочуваат дека информациите кои се нудат од страна на здравствените домови не се во пристапни формати, како ни оние кои се обезбедуваат се во разбилив формат за поголем дел од нив. Имено, на прашањето дали Здравствениот дом ви обезбедува информации на јазик и формат кој е разбирлив за лицата со попреченост, повеќе од половина од испитаниците (56 испитаници) посочиле дека тие не се разбирливи за нив, 36 посочиле дека информациите се разбирливи за нив, само 8 испитаници / чки се изјасниле дека не знаат. Во поглед на состојбата на попреченост, 28 испитаници/чки со физичка попреченост посочиле дека се разбирливи информациите за нив, наспроти 11 испитаници/чки. Потоа следуваат лицата кои се слепи и/ или слабовидни (4 испитаници/чки посочиле дека има се разбирливи информациите наспроти 23 испитаници.

Кај лицата со интелектуална и комбинирана попреченост, со по 2 испитаници/чки посочиле дека им се разбирливи информации, наспроти нив 7 испитаници/чки со комбинирана попреченост се изјасниле негативно, додека само 3 испитаници/чки од лицата

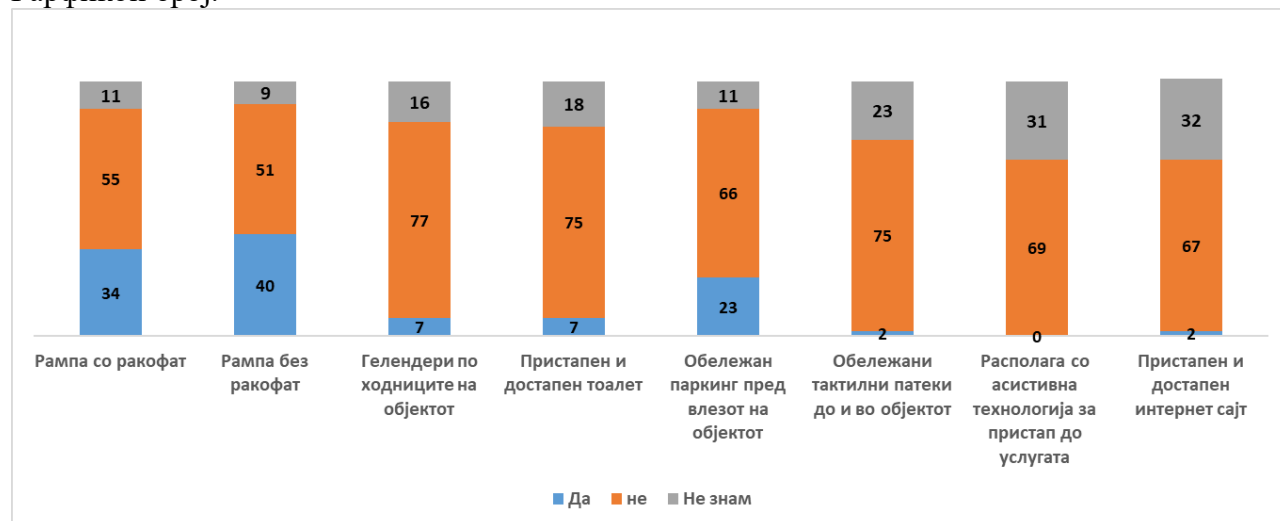
со интелектуална попреченост посочиле дека информациите кои ги обезбедува здравствениот дом се не разбирливи за нив.

Кумулативно, испитаниците /чките посочуваат дека неможат да се обратат на знаковен јазик (69 испитаници/чки посочуваат дека неможат да се обратат на знаковен јазик) и на брајево писмо (68 испитаници/чки неможат да достават барање на Брајево писмо). Во поглед на овие две прашања (Графикон број ... и графикон број) доста е висок % каде испитаниците/чките дали одговор дека не знаат дали можат да се обратат на знаковен јазик (31 испитаник/чка) или да достават барање на брајево писмо (32 испитаници). Оттука и следствено произлегува дека голем дел од лицата со попреченост (48) во анкетата посочиле дека не знаат дали информациите кои ги нуди здравствениот дом се пристапни, вклучуваќи ги и лесно разбирливите формати.

Во поглед на елементите за физичка и информатичка пристапност, сите испитаници посочуваат на непристапноста на здравствените објекти, како на нивната надворешност, така и на нивната внатрешноста.

Скоро сите испитаници посочуваат на непристапноста и интернет страните и не располагањето на асистивната информатичка технологија од страна на здравствените домови (Графикон број..) 66 испитаници посочиле дека нема паркинг место за лица со попреченост пред здравствениот дом, во поглед на рампите, 51 испитаник посочуваат дека нема соодветни рампи за пристап до здравствените домови, односно дека рампите се без ракофат, а 55 % од испитаниците посочуваат дека нема рампи со ракофат, 77 испитаници посочуваат дека нема гелендер за движење низ ходниците, 75 испитаници/чки посочуваат дека нема пристапен и достапен тоалет, додека 75 посочуваа дека нема обележани тактилни патеки до и во самиот објект. 69 % од испитаниците посочуваат дека здравствените домови не располагаат со асистивна технологија за пристап до услугата, додека 67 испитаници посочуваат дека интернет страните на здравствениот дом не е во пристапен формат.

Графикон број:



Она кое што е индикативно е сепак големо % на дадени одговори со „не знам“. (види табела број) Тоа упатува дека и самите лица со попреченост не ги знаат минимум стандардите за пристапност, и не ги познаваат елементите кои им се потребни на останатите лица со друга состојба на попреченост.

Табела број

Пристапни елементи	Лица со физичка попреченост			Лица кои се слепи и /или слабовидни			Лица кои се глуви и/ или наглуви			Лица со интелектуална попреченост			Лица со комбинирана попреченост		
	Да	Не	Не знам	Да	Не	Не знам	Да	Не	Не знам	Да	Не	Не знам	Да	Не	Не знам
Рампа со ракофат	19	25		8	16	3	3	3	3	1	2	4	2	6	1
Рампа без ракофат	17	28		9	15	3	6	3		4	2	1	4	3	2
Гелендери по ходниците на објектот	5	36	4		23	4	1	8			3	4	1	7	1
Пристапен и достапен тоалет	4	35	6		23	4	3	6			2	5		9	
Обележан паркинг пред влезот на објектот	13	29	3		24	3	3	3	3	2	2	3	4	3	2
Обележани тактилни патеки до и во објектот	2	31	12		27			9			1	6		7	2
Располага со асистивна технологија за пристап до услугата		30	15		24	3		6	3		1	6		6	3
Пристапна и достапна интернет страна	2	22	21		26	2		6	3		4	3		6	3

Незадоволството од страна на испитаниците во однос на пристапноста е рефлегирана и во нивното мислење за тоа колку здравствените работници во здравствениот дом ги почитуваат нивните права. 53 % од испитаниците поосчиле дека многу малку здравствените работници во здравствениот дом ги почитуваат нивните права, наспроти 47 % од испитаниците/чките кои сметаат дека здравствените работници, воопшто не ги почитуваат, односно дека не ги споменуваат. Во поглед на состојбата на попреченост нема големи отстапки помеѓу испитаниците. Во поглед на сосотјбата на попреченост и нема големи варијации помеѓу испитаниците, со оглед на % на застапеност на самите групи.

Графикон број

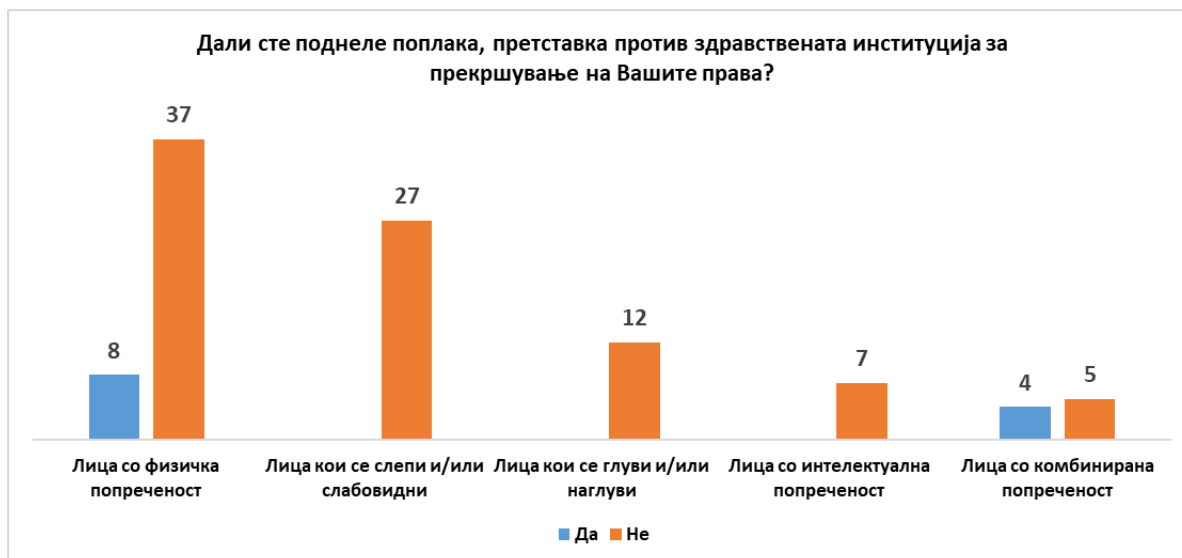


Графикон број



Системот на поплаки е исто клучен елемент во обезбедувањето на заштита на правата на граѓните со попреченост. На прашањето дали сте поднеле поплака, претставка против здравствената институција за прекршување на Вашите права?, 88 од испитаниците и испитаничките посочуваат дека воопшто не поднеле претставка и /или поплака до здравствениот дом за прекршување на нивните права (графикон број ..). Од 100 испитаници, само 12 % од испитаниците и тоа од страна на испитаниците/чките со физичка (8) и комбинирана попречност(4). Останатите категории на лица со попречност се изјасниле дека воопшто не поднеле претставка, нити поплака потив здравствениот дом.

Графикон број ...



Подолу се наведени одговорите на прашањето *Според Вас, што сметате дека треба да се направи, за да се унапредата правата на граѓаните со попреченост во поглед на пристапноста до здравствените домови?* каде од испитаниците се бара давање на

предлози со наративно објаснување. Со оглед на големиот број на предлози за кои се надлежни различни актери освен здравствените институции, истите се групирани во три групи, и тоа активности за МОН, Активности за здравствените институции, и активности за лицата со попреченост

Национално ниво	Здравствени домови и здравствени работници	Организации на лица со попреченост, ГО и други механизми
Државата да не признае дека постоиме како граѓани	Секоја ординација да се задолжи да обезбеди пристапност за сите, физичка пристапност, тактилни патеки браво писмо, толкувач оодветна навигација и пристапна информација.	Да се организираат семинари за едукација на лицата со попреченост за нивните права, како за слепи, така и за лица со интелектуална попреченост, физичка итн.
Неопходни се системски решенија и се од корен да се смени.	Материјалите и информациите кај матичните да бидат во пристапни формати.	Организациите да бидат повеќе активни на терен и да ги застапуваат нашите права
Државата да ни ги признае правата согласно Конвенцијата за правата на лицата со попреченост	Ниедна информација на интернет не е пристапна и не е разбирлива – да се задолжат и обврзат сите матични лекари.	Лицата со попреченост да бидат известени за сите свои права
Прашањето на попреченост да биде барем на среден план на Владата	Да се обучат матичните лекари да бидат потрпеливи со нас ... мајка ми не треба да зборува, туку јас	Подобра соработка меѓу здравствените организации и Организациите на лица со попреченост
Неопходна е реформа мој термин. Со месеци чекаме за термини	Потребни се компетентни и квалитетни здравствени работници.	
Министерството за здравство да си ги спроведе обврските од Конвенцијата	Надлежните да ги земат во предвид поплаките кои им пристигнуваат	Омбудманот, инспекциите да бидат поактивни и да ги бранат нашите права.
Потребна е лична асистенција за да можеме да одиме на лекара сами а не со нашите родители. Немаме никаква загарантирана приватност	Медицинските работници да се обучат за попреченост и Конвенцијата и за нашите права	Да се организираат обуки за право на здравје и и различни теми
Да се обезбедат толкувачи на знаковен јазик во сите здравствени домови и во приватни и јавни. има толкувачи,	Медицинските работници да се информираат за нашите права, Не ние да им кажуваме каде треба да одиме, туку тие да не упатуваат.	Да се спроведат поплаките
Бројот 112 да биде пристапен и достапен	Едукација кај здравните работници за да се подигне нивната здравствена култура	
Да има можност за видео повик во ноќните часови	Одам со мајка ми.. Таа зборува Треба по дома да идат.. Немојам да се движам	
Да има дежурни толкувачи 24 часа	Подобра соработка меѓу здравствените организации и ОЛХ	
	Тешко се разбираме со матичниот лекар. Многу време се губи, Лекарот нема трпение ... а јас сум направила трошоци за пат ... и одам од едно место на друго	

IV. Препораки

- Националното законодавство во областа на здравствената заштита треба целосно да се реформира во насока на нејзино целосно усогласување со Конвенцијата за правата на лицата со попреченост.
- Забраната на дискриминацијата како и соодветното приспособување врз основ на попреченост треба јасно да се пропише во законската рамка на сите нивоа како и инерните документи на сите здравствени работници.
- Ревидирање на Стандардите за акредитација и контрола на квалитет за здравствените институции со задолжително вклучување на лицата со попреченост во системот на обезбедување на акредитации.
- Изработка на план за ревизија и укинување на кредитациите на здравствените институции кои немаат обезбедено пристапност, како физичка така и информациска, и информатичка.
- Задолжителна едукацијата и обука на здравствениот персонал за еднаквост и недискриминација, пристапност и примена на пристапот кон човекови права за лицата со попреченост .
- Воспоставување и носење на Политика за сеопфатен систем на здравствени услуги за поддршка со конкретно прецизирање на инструментите за контрола и координација.
- Потребно е да се применат задолжителни мерки за буџетирање на политиките во примарната здравствената заштита врз основа на попреченост на сите нивоа.
- За законодавство да го има посакуваниот ефект истото треба да биде придружено со други дополнителни мерки како на пример подигнување на јавната свест, градење на капацитетите на одговорните институции и детална анализа на законодавството и политиките и нивно соодветно унапредување.
- Од наодите на истражувањето се препорачува дека потребно е воведување на политики и мерки за континуирани кампањи за промена на менталитетот на ниво на општеството. Од клучна важност е општеството како целина, носителите на одлуки и сите чинители вклучени во сферата на здравствената заштита целосно да ја разберат потребата од промената на оваа парадигма.
- Воведување на обврска за задолжително вклучување на организациите на лица со хендикеп и индивидуалците со хендикеп, притоа земаќи ги предвид сите форми на попреченост и родовиот баланс во креирањето на сите програми, мерки или предлог

активности без разлика дали се тоа најпрости и најобични активности во процесот на обезбедување на здравствена заштита.

- Зголемување на свесноста кај лицата со хендикеп и родителите на децата со хендикеп за Конвенцијата, за правата и обврските на државата превземени со ратификацијата на Конвенцијата.

- Од наодите на истражувањето се препорачува дека потребно е зголемување на капацитетот и на организациите на лицата со хендикеп за застапување и влијание врз политиките.

- Потребно е воспоставување на соработка меѓу здравствените институции и организациите на лица со попреченост во обезбедувањето на правото на здравје за лицата со попреченост.

Боблиографија

Стандардите за акредитација на ординации од примарна здравствена заштита и текстот на Конвенција за правата на лицата со попреченост, Достапно на:
Светска програма за акција во врска со лицата со попреченост усвоена од Генералното собрание на Обединетите нации, триесет и седма сесија, Резолуција 37/52 од 3 декември 1982 година. Годишник на ООН, 1982, стр. 980-984. Светската програма сметаше дека пристапноста е суштинско средство за остварување на целите за „целосно учество“ и „изедначување на можностите“, вклучително и во областа на здравствените услуги
Конвенција за правата на лицата со попреченост,
Општ коментар бр. 2 (2014), CRPD/C/GC/2, 22 мај 2014 година, ставови 2-4.
CESCR, Општ коментар бр. 5 за лицата со попреченост,
Види F. Seatzu, член 9 (Пристапност), во Конвенцијата за правата на лицата со попреченост. Коментар, уреден од В. Дела Фина, Р. Цера, Г. Палмисано, Спрингер, 2017 година.
Општ коментар бр. 2 (2014), CRPD/C/GC/2, 22 мај 2014 година, став. 13.
CRPD/C/GC/2, ст. 40.¹ CESCR, General Comment No. 14, 'The right to the highest attainable standard of health' (Art. 12) (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).
Погледни, случај *Pentiacova and 48 Others v Moldova* (2005) 40 E.H.R.R. SE23; случај *Nitecki v Poland* App no 65653/01 (Одлука на ЕЧП од 21 March 2002); Случај *Cyprus v Turkey* (2002) 35 E.H.R.R. 30 [219].
Panaitescu v. Romania, Appl. No 30909/06, 10 April 2012
Центар за правни ресурси во име на Валентин Кампеану против Романија од 17 јули 2014 година. Мехмет Шентурк и Бекир Шентурк против Турција Апликација бр. 13423/09 (ЕЧП, 09 април 2013 година). Апликација бр. 13444/04, ЕЧП, 30 април 2009 година. сите пријавени случаи видете http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Disabled_ENG.pdf.
Ihan v. Turkey [GC], бр. 22277/93, § 87, ЕКЧП 2000-VII; Питалев против Русија, Апликација бр. 34393/03,
случаите Гримаилови против Латвија Апликација бр. 6087/03, пресуда 25.6.2013; Семихвостов против Русија од 6 февруари 2014 година; Хелхал против Франција од 19 февруари 2015 година. See the cases *Grimailovs v. Latvia* App no 6087/03, judgment 25.6.2013; *Semikhvostov v. Russia* of 6 February 2014; *Helhal v. France* of 19 February 2015.
Устав на Р. Македонија. Достапно на:< <http://www.sobranie.mk/ustav-na-rm.nspk>>.
Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, МЗ. Достапно на:< http://mz.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/zakon-za-zdravstvena-zastita-2_12_2012.pdf>
Закон за здравствено Осигурување (Интегриран пречистен текст Службен весник бр.65/2012, 16/2013 и 91/2013 година), Фонд за здравствено осигурување. Достапно на:< [http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Zakon%20za%20zdravstveno%20oisguruvanje%20\(Interen%20precisten%20tekst\).pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Zakon%20za%20zdravstveno%20oisguruvanje%20(Interen%20precisten%20tekst).pdf)>
Правилник за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи <https://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/pravilnik-zu-pok-91.2013.pdf>
Декларација од Астана <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030 <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2021/12/19.11.-SZ-posledna-Konechna-Natsrt-Strategija-MKD.pdf>
Закон за градба, Министерство за транспорт и врски,
http://mtc.gov.mk/media/files/ID_Zakon_za_gradenje_115_01082014.pdf

Правилник за начинот на обезбедување на непречен пристап, движење, престој и работа на лицата со инвалидност до и во градбите,

<http://www.mtc.gov.mk/new_site/images/storija_doc/115/pravilnici/25-2010.pdf>

Правилник за стандарди и нормативи за урбанистичко планирање,

<http://mtc.gov.mk/new_site/images/storija_doc/1353/Pravilnik%20za%20standardi%20i%20normativi%20za%20urb.planiranje%5B1%5D.pdf> Пристапено на: 21.10.2014.

Закон за спречување и заштита од дискриминација, МТСП, достапен на:

<<http://mtsp.gov.mk/content/pdf/zakoni/2019/27,5-Zakon%20za%20zastita%20od%20diskriminacija.pdf>>.

¹ Е. Кочоска, М. Трпеска. Публикација Водич за соодветно приспособување, ОБСЕ, 2021
<https://www.osce.org/mk/mission-to-skopje/446749>

¹ Закон за локална самоуправа, Сл.в.бр 5/02.

¹ д-р Жанета Попоска, Звонко Шаврески, Елена Кочоска Публикација Холистички извештај за лицата со попреченост во Република Македонија, 2018 достапно на https://civicamobilitas.mk/wp-content/uploads/2018/02/0_holisticki_izvestaj_za_licata_so_poprecenost_vo_makedonija-mk.pdf

¹ Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попречност опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

¹ Кочоска Е., Јовановска, Б., Ортаковски Т., Станојковска-Трајковска, Н., Георгиевска, С. (2021) Анализа на состојбата по прашањето на попреченост во РС Македонија

¹ Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попречност опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

Закон за заштита на правата на пациентите, „Службен весник на РМ“, бр. 82/08. Достапен на:

<<http://www.pravdiko.mk/wp-content/uploads/2013/11/Zakonot-za-zashtita-na-pravata-na-patsientite-02-07-2008.pdf>>

м-р Маја Парнарџиева-Змејкова (28.03.2022 година), Здравствен систем, здравствено осигурување и здравствена инфраструктура, страна 6

Предлог национална стратегија за лица со попреченост, Влада на РСМ. 2023

<https://ener.gov.mk/Default.aspx?item=newdocumentdetails&detailId=52>

„Сексуалното и репродуктивното здравје и лицата со телесна попреченост - Извештај од проценка за потреби од услуги – Хера, страна 20,2012, <http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2014/02/izvestaj_poprecenost_rz.pdf>.

Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попречност опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

Извештај од истражување за состојбите во однос на имплементацијата на Конвенцијата на ОН за правата на лицата со попреченост, Порака, 2012 година, стр.15.

Годишен извештај 2013 - Народниот Правобранител, страна 38, Достапен на : <<http://ombudsman.mk/upload/Godisni%20izvestai/GI-2013.pdf> >

Годишен извештај 2013 - Народниот Правобранител, страна 38, Достапен на :

<<http://ombudsman.mk/upload/Godisni%20izvestai/GI-2013.pdf> >

Љиљана Ивановска, Специјалистички труд - Патронажна служба кај деца со посебни потреби, 2010 година, стр.4-5, <https://eprints.ugd.edu.mk/475/1/Specijalisticki_Liljana_Ivanovska.pdf>

¹[https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-12/MK_Analiza_Lica%20so%20poprecenost_accessible%20version%5B4687%5D_0.pdf)

[12/MK_Analiza_Lica%20so%20poprecenost_accessible%20version%5B4687%5D_0.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-12/MK_Analiza_Lica%20so%20poprecenost_accessible%20version%5B4687%5D_0.pdf)

Е. Кочоска Истражување „Каде плови овој брод” - Демистификација на правата на лицата со хендикеп во Република Македонија со осврт на правото на здравствена заштита, Полио Плус Извештај за резултатите од социјалното мапирање во општина Велес, ГИЗ 2021

¹ Е. Кочоска, М. Трпеска. Публикација Водич за соодветно приспособување, ОБСЕ, 2021
<https://www.osce.org/mk/mission-to-skopje/446749>

Е. Кочоска, Тематски извештај за состојбата на децата и возрасните со попречност опфатени со процесот на деинституционализација и остварување на правото на независен живот во заедницата, Народен Правобранител, 2022

Народен Правобранител 2022 година Годишен Извештај за 2022 година Достапно на:

https://ombudsman.mk/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B0/%D0%93%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%88%D0%BD%D0%B8_%D0%B8%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D1%88%D1%82%D0%B0%D0%B8.aspx

И. Луческа, Извештај, „Пристап до примарната здравствена заштита за ромките и жените со попреченост за време и после ковид“ Хера 2023 .

Заклучни согледувања на иницијалниот извештај на Република Македонија од страна на

Комитетот за правата на лицата со хендикеп,

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/MKD/CO/1&Lang=En>