

ИНКЛЮЗИВНЫЕ УСЛУГИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ  
ЛЮДЕЙ  
С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

# СОДЕРЖАНИЕ

---

1. ОБЗОР .....	5
2. ТЕХНИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ .....	7
2.A. Общие сведения .....	7
2.B. Нормативно-правовая база.....	10
2.C. Доступ людей с инвалидностью к здравоохранению: направления, вызывающие обеспокоенность.....	14
Всеобъемлющие барьеры, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью при попытках получить доступ к услугам здравоохранения.....	14
Водоснабжение, санитария и гигиена (ВССГ) .....	20
Здоровье и люди с психосоциальной инвалидностью .....	22
Сексуальное и репродуктивное здоровье людей с инвалидностью .....	26
Учет нужд и интересов людей с инвалидностью в рамках программ борьбы с ВИЧ и СПИДом.....	28
2.D. Меры по обеспечению права людей с инвалидностью на услуги здравоохранения.....	31
Нормативно-правовая база.....	32
Институциональные структуры для обеспечения доступа к услугам здравоохранения .....	36
Составление бюджета .....	37
Сбор данных об оказании услуг здравоохранения людям с инвалидностью .....	37
Достижения медицинской науки и техники: получение доступа к вспомогательным устройствам и технологиям.....	39
Реабилитация на уровне общины .....	40
3. РЕЗЮМЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ.....	48
4. ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ.....	49
5. ЗАНЯТИЯ .....	51

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Отдел всеохватного социального развития (ОВСР) выражает признательность всем, кто принял участие в подготовке «Комплекта материалов по проблеме инвалидности для Африки», включая Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ), Экономическую комиссию для Африки (ЭКА), Международную организацию труда (МОТ), Международный учебный центр МОТ, Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), Африканский союз и правительства Кении, Южной Африки и Замбии. ОВСР также хотел бы поблагодарить правительство Италии за финансовую поддержку и также выразить признательность многочисленным африканским организациям по делам людей с инвалидностью, которые внесли существенный вклад в подготовку данного комплекта материалов.

# СОКРАЩЕНИЯ

---

АТ	Ассистивная технология
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЭСВ ООН	Департамент по экономическим и социальным вопросам
ЕК	Европейская комиссия
ЕС	Европейский союз
ИКТ	Информационно-коммуникационные технологии
ИКТ	Информационно-коммуникационные технологии
КЛДОЖ	Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин
КЛДОЖ	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
КПИ	Комитет по правам инвалидов
КПИ	Конвенция о правах инвалидов
КПР	Комитет по правам ребенка
КПР	Конвенция о правах ребенка
КЭСКП	Комитет по экономическим, социальным и культурным правам
МКФ	Международная классификация функционирования, Всемирная организация здравоохранения
МОТ	Международная организация труда
МПГПП	Международный пакт о гражданских и политических правах
МПС	Межпарламентский союз
МСЭ	Международный союз электросвязи
МФО	Микрофинансовые организации
НПД	Национальные планы действий
НПО	Неправительственные организации
ОВСР	Отдел всеохватного социального развития/ДЭСВ ООН
ООН	Организация Объединенных Наций
ПРООН	Фонд развития Организации Объединенных Наций
УВКПЧ	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека
ЦРТ	Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	Агентство Соединенных Штатов Америки по международному развитию
G3IST	Глобальная инициатива по инклюзивным ИКТ

# 1. ОБЗОР

---

В обзоре содержится информация о целях, целевой аудитории, содержании модуля и результатах обучения и карта модуля.

## Цели модуля

- ▶ Привлечь внимание к факторам, которые ограничивают доступ людей с инвалидностью к услугам здравоохранения, и рассмотреть меры по их устранению.

## Для кого предназначен этот модуль?

Этот модуль предназначен для всех, к чьим интересам или обязанностям в связи с характером их деятельности относятся защита и поддержка права человека инвалидов, включая самих инвалидов и представляющие их организации. Этот модуль представляет особый интерес для лиц, принимающих решения в сфере здравоохранения, медицинских работников, поставщиков медицинских услуг, представителей правительств, научных кругов и НПО, работающих над расширением доступа людей с инвалидностью к медицинским услугам.

## О чем этот модуль?

В настоящем модуле:

- ▶ разъясняется связь между здоровьем и инвалидностью в целом;
- ▶ рассматриваются положения Конвенции о правах инвалидов (КПИ), касающиеся услуг здравоохранения;
- ▶ рассматриваются конкретные сферы, вызывающие обеспокоенность в связи с уровнем доступа к услугам здравоохранения;
- ▶ перечисляются меры по устранению факторов, ограничивающих доступ людей с инвалидностью к услугам здравоохранения;
- ▶ предусматриваются вспомогательные учебные упражнения для закрепления материала;
- ▶ приводятся дополнительные справочные ресурсы, которые могут быть полезны в работе.

## Цели обучения

К концу этого модуля его участники:

- ▶ рассмотрят основные положения КПИ, касающиеся услуг здравоохранения;
- ▶ определят конкретные сферы, вызывающие обеспокоенность в связи с уровнем доступа к услугам здравоохранения;
- ▶ составят ряд стратегий по устранению факторов, ограничивающих доступ людей с инвалидностью к услугам здравоохранения.

Карта модуля



## 2. ТЕХНИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

---

### 2.А. Общие сведения

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»<sup>1</sup>. Как принято говорить, «здоровье — это еще не все, но без здоровья все остальное ничего не стоит». Это связано с тем, что хорошее здоровье является необходимым условием для получения удовольствия от жизни и участия во многих ее ключевых составляющих, включая образование, работу и общество.

Здоровье зависит от огромного множества факторов, большинство из которых не имеют отношения к сектору здравоохранения. Основными внешними детерминантами здоровья являются социальные, экономические и экологические факторы. Люди с инвалидностью несоразмерно чаще, чем люди без инвалидности, страдающие от высокого уровня бедности, вынуждены жить в условиях, которые негативно отражаются на состоянии их здоровья, включая отсутствие доступа к образованию, санитарии, чистой воде и продовольственной безопасности и др. На индивидуальном уровне важны такие факторы, как возраст, пол, наследственность и образ жизни.

Число людей, живущих с инвалидностью, продолжает расти, что обусловлено такими факторами, как увеличение численности населения, старение и достижения медицины, которые позволяют сохранять и продлевать жизнь. Это приводит к увеличению спроса на услуги здравоохранения. Некоторые люди с инвалидностью более восприимчивы к вторичным заболеваниям, чем население в целом. В результате их потребности в услугах здравоохранения могут оказаться выше, чем у всех остальных людей. Услуги по популяризации здорового образа жизни в целях профилактики дальнейшей инвалидности и укрепления здоровья в целом имеют большое значение, так как от них зависят качество жизни и состояние здоровья людей с инвалидностью.

Люди с инвалидностью сталкиваются с существенными препятствиями при попытках получить доступ к медицинскому обслуживанию. К таким препятствиям, которые представляют собой особенно серьезную проблему для людей с инвалидностью, проживающих в сельской местности, относятся следующие:

- ▶ физически недоступные медицинские пункты и больницы;
- ▶ отсутствие необходимого транспорта, с помощью которого они могли бы добраться до учреждений,

---

<sup>1</sup> Устав Всемирной организации здравоохранения, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1948.

предоставляющих медицинскую помощь, или получить услуги по реабилитации; отсутствие коммуникационных средств и необходимых приспособлений в учреждениях здравоохранения;

- ▶ отсутствие персонала, обладающего необходимым уровнем подготовки, и неудовлетворительный уровень укомплектованности кадрами;
- ▶ негативное отношение поставщиков медицинских услуг;
- ▶ вредная практика, особенно в отношении лиц с психосоциальными расстройствами;
- ▶ отказ в лечении по причине инвалидности.

Как и все остальные группы населения, люди с инвалидностью могут иметь самые разные потребности в сфере охраны здоровья. Лица со любыми видами инвалидности должны иметь доступ ко всему спектру услуг, которые предоставляются широкому населению в целом. Необходимо также позаботиться об удовлетворении потребностей в охране здоровья людей с невидимой инвалидностью, особенно лиц с психосоциальными расстройствами и другими нарушениями психического здоровья. Обеспечение оптимального психического здоровья является неотъемлемой частью работы по оказанию услуг здравоохранения, однако ему уделяется недостаточное внимание как со стороны политиков, так и общества в целом. В результате это ведет к возникновению колоссального бремени болезней и становится все более серьезным препятствием для развития в странах по всему миру.

Несмотря на то что правительства не могут гарантировать отсутствие заболеваний или нарушений здоровья, они несут ответственность за принятие мер по укреплению здоровья людей во всех сферах, включая социальную, физическую, правовую и экономическую.

### **Медицинская модель инвалидности**

Самым значительным и распространенным мифом, влияющим на права человека и инвалидность, вероятно, является идея о том, что инвалидность — это просто медицинская проблема, которая требует решения, или болезнь, которую необходимо «вылечить». Такой подход подразумевает, что инвалид — это человек, который по тем или иным причинам «сломан» или «болен» и нуждается в «починке» или лечении. Определяя инвалидность как проблему, а медицинское вмешательство — как ее решение, отдельные граждане, общество и правительства уклоняются от ответственности за устранение препятствий, которые существуют сегодня в социальном и физическом пространстве.

Вместо этого они возлагают бремя решения «проблемы» человека с инвалидностью на врачей. Правительства многих стран мира поддерживают медицинскую модель, финансируя широкомасштабные медицинские исследования, направленные на поиск «лекарства» от некоторых видов инвалидности, и не выделяя при этом никаких средств на устранение препятствий, в результате которых в обществе формируется инвалидность.

### **Социальная модель инвалидности**

С точки зрения социальной модели, инвалидность является результатом барьеров и установок, существующих в обществе, а не чертой или характеристикой, присущей конкретному человеку. Согласно социальной модели, общество само создает многие из социальных и физических барьеров, которые мы считаем «инвалидностью», и эта модель нацелена на их устранение, а не на «исправление» или «лечение» инвалидности. Такая работа предполагает изменение антропогенной среды, предоставление информации в доступных форматах и обеспечение того, чтобы законы и политика способствовали полноценному участию и недискриминации.

*Выдержки из: Janet Lord and Allison deFranco, Human Rights Yes! The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, The Right to Health, URL: <http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/HR-YES/chap-8.html>.*

## 2.В. Нормативно-правовая база

Право на здоровье надлежащим образом закреплено в международном праве прав человека, включая Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах<sup>2</sup>, который признает право всех людей на наивысший достижимый уровень здоровья (ст. 12); и Конвенцию о правах ребенка, согласно которой государства-участники должны признать права детей с инвалидностью на особую помощь для предоставления им эффективного доступа к услугам в области медицинского обслуживания и восстановления здоровья таким образом, который приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка (ст. 23).

В Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья также закрепляется в качестве одного из основных прав всякого человека. Право на здоровье включает предоставление доступа к своевременному, удовлетворительному и экономически приемлемому медицинскому обслуживанию надлежащего качества. Право на здоровье означает, что государства должны создавать условия, в которых каждый человек может поддерживать максимальный уровень здоровья. Оно не означает право быть здоровым.

### Здоровье как ресурс для повседневной жизни

«Для достижения полного физического, душевного и социального благополучия индивидуумы и сообщества должны быть в состоянии определять и реализовывать свои устремления, удовлетворять свои потребности и изменять или приспосабливаться к условиям окружающей среды. Здоровье – это позитивная концепция, подчеркивающая важность социальных и личностных ресурсов, наряду с физическими возможностями» (ВОЗ, 1998).

Конвенция о правах инвалидов (КПИ) наращивает и укрепляет защиту инвалидов в отношении здоровья и реабилитации. В ней признается право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья и говорится о том, что государства-участники должны признавать право без дискриминации по признаку инвалидности (ст. 25), а также гарантируется право инвалидов на доступ ко всем видам реабилитационных услуг (ст. 26). В Конвенции также признается право инвалидов на доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества (ст. 19).

---

<sup>2</sup> Всеобщая декларация прав человека в совокупности с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах и Международным пактом о гражданских и политических правах носят название международного билля о правах человека.

## Важно

- Право на здоровье включает в себя доступ к жизненно важным программам охраны общественного здравоохранения и услугам реабилитации, включая уход в интернатах, уход по месту жительства и услуги по поддержке.
- Обслуживание должно носить персонализированный и «лично-ориентированный» характер и надлежащим образом учитывать весь спектр необходимых вспомогательных услуг (таких как, например, вспомогательные устройства, сестринское обслуживание, персональная помощь, временные услуги по уходу, реабилитация, возможности для активной деятельности и помощь по уходу).
- Право на здоровье включает в себя предоставление доступа к базовым услугам здравоохранения и специализированным услугам реабилитации.

Одновременно с запретом всех форм дискриминации, в КПИ также содержится требование о предоставлении разумного приспособления. Таким образом государства должны:

- ▶ обеспечить разумное приспособление для инвалидов лиц в контексте услуг здравоохранения;
- ▶ обеспечить доступность услуг здравоохранения в целом.

Право на здоровье, имеющее большое значение для многих людей с инвалидностью, предусматривает предоставление доступа к оздоровительной реабилитации. Право на реабилитацию более широко изложено в статье 26 КПИ.

## Здоровье и абилитация/реабилитация

«Абилитация — это процесс, призванный помочь людям приобрести определенные новые навыки, способности и знания. Реабилитация — это восстановление навыков, способностей или знаний, которые могли быть утрачены или подорваны в результате получения инвалидности или в связи с изменением обстоятельств человека или статуса его инвалидности. Отношение к абилитации и реабилитации как к явлениям медицинского характера, относящимся соответственно к сфере здравоохранения, во многом обусловлено узким восприятием инвалидности как проблемы здоровья и подкреплено медицинской моделью инвалидности. Абилитация и реабилитация включают ряд мер — физического, профессионального, образовательного, обучающего и иного характера — необходимых для расширения прав и возможностей инвалидов в целях достижения максимальной независимости и способности участвовать в жизни общества, а не просто обретения физического или психического здоровья. Именно по этой причине право на здоровье и право на абилитацию и реабилитацию рассматриваются в КПИ по отдельности. За исключением, разумеется, того факта, что оздоровительная реабилитация признается в качестве части права на здоровье. К ней относится, например, физиотерапия по укреплению мышц, в связи с травмой, болезнью или инвалидностью».

Как и другие права, рассматриваемые в настоящем «Комплексе материалов», право людей с инвалидностью на здоровье является неделимым, взаимозависимым и взаимосвязанным с другими правами, закрепленными в КПИ. Между реализацией или невозможностью реализации своих прав часто существует двусторонняя связь. Например, слабое здоровье негативно отражается на способности человека получить образование или вести трудовую деятельность. В то же время отсутствие доступа к образованию или работе ограничивает возможности доступа к необходимым услугам здравоохранения. Настоящий модуль посвящен праву на здоровье. Однако взаимосвязь между правами, закрепленными в КПИ, свидетельствует о необходимости руководствоваться комплексным подходом при осуществлении положений Конвенции.

Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014—2021 годы направлен на обеспечение оптимального здоровья, функционирования, благополучия и прав человека для всех людей с инвалидностью. В этом плане содержится обращенный к государствам-членам призыв устранить препятствия и расширить доступ к услугам и программам здравоохранения; укреплять и расширять услуги в сферах реабилитации, ассистивных устройств и служб поддержки и реабилитации на уровне общин; активизировать сбор актуальных и сопоставимых на международном уровне данных об инвалидности, а также исследования в области инвалидности и связанных с ней услуг<sup>3</sup>.

Этот план действий содержит следующие три цели:

- 1) устранение препятствий и расширение доступа к услугам и программам здравоохранения;
- 2) укрепление и расширение услуг в сферах абилитации, реабилитации, ассистивных технологий, помощи и служб поддержки и реабилитации на уровне общин;
- 3) активизация сбора актуальных и сопоставимых на международном уровне данных об инвалидности и поддержка исследований в области инвалидности и связанных с ней услуг<sup>4</sup>.

27 мая 2021 года в ходе своей семьдесят четвертой сессии Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию EB148.R6 «Наивысший достижимый уровень здоровья для людей с инвалидностью»<sup>5</sup>. Цель резолюции — сделать сектор здравоохранения более инклюзивным и доступным для людей с инвалидностью путем

---

<sup>3</sup> WHO: Disability and Rehabilitation Team: [www.who.int/disabilities](http://www.who.int/disabilities)

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> "A New Landmark Resolution on Disability Adopted at the 74th World Health Assembly," May 27, 2021, <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-a-new-landmark-resolution-on-disability-adopted-at-the-74th-world-health-assembly>

устранения значительных барьеров, ограничивающих их доступ к медицинским услугам. К таким мерам в том числе относятся:

- **Доступ к эффективным услугам здравоохранения:** люди с инвалидностью часто сталкиваются с барьерами, которые крайне негативно отражаются на их правах, включая физические барьеры, ограничивающие их доступ к учреждениям здравоохранения; информационные барьеры, препятствующие доступу к медицинской информации, и отношенческие барьеры, ведущие к дискриминации.
- **Предоставление защиты во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения:** чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, такие как пандемия COVID-19 (см. модуль по COVID-19), оказывают несоразмерно негативное влияние на людей с инвалидностью, поскольку их потребности и интересы часто не учитываются при подготовке национальных планов готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и реагирования на них.
- **Доступ к общественному здравоохранению в различных секторах:** люди с инвалидностью лишены возможности воспользоваться мероприятиями общественного здравоохранения по причине отсутствия информации в доступном формате, а также из-за того, что эти мероприятия не учитывают их особые потребности и обстоятельств.

Резолюция также направлена на повышение качества сбора и дезагрегации достоверных данных об инвалидности в целях информационного обеспечения политики и программ в области здравоохранения<sup>6</sup>.

«Европейская стратегия в области инвалидности на 2010–2020 годы: обновленное обязательство по созданию безбарьерной Европы» направлена на устранение барьеров<sup>7</sup>. Комиссия выделила восемь основных направлений деятельности: доступность, участие, равенство, занятость, образование и подготовка, социальная защита, здравоохранение и внешние действия. Раздел 7 «Здоровье» гласит:

*«Люди с инвалидностью могут сталкиваться с ограничениями доступа к услугам здравоохранения, включая плановое медицинское лечение, что приводит к неравенству в отношении здоровья, не связанному с их инвалидностью. Они имеют право на равный доступ к здравоохранению, включая профилактическую медицинскую помощь, и на конкретные доступные качественные медицинские и реабилитационные услуги, учитывающие их потребности, в том числе гендерные. Это задача главным образом государств-членов, которые отвечают за организацию и предоставление услуг здравоохранения и медицинского*

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> «Евробарометр-2006»: 91% считают, что необходимо тратить больше денег на устранение физических барьеров, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью.

*обслуживания. Комиссия будет поддерживать разработку политики для обеспечения равного доступа к здравоохранению, включая качественные медицинские и реабилитационные услуги, разработанные для людей с инвалидностью. Она будет уделять особое внимание потребностям людей с инвалидностью при проведении политики по борьбе с неравенством в области здравоохранения; поддерживать меры в области охраны здоровья и безопасности труда, направленные на снижение рисков развития инвалидности в течение трудовой жизни и улучшение реинтеграции работников с инвалидностью<sup>8</sup>, а также работать над предотвращением этих рисков<sup>9</sup>.*

Право людей с инвалидностью на здоровье является неделимым, взаимозависимым и взаимосвязанным с другими правами, закрепленными в КПИ. Между реализацией или невозможностью реализации своих прав часто существует двусторонняя связь. Например, слабое здоровье негативно отражается на способности человека получить образование или вести трудовую деятельность. В то же время отсутствие доступа к образованию или работе ограничивает возможности доступа к необходимым услугам здравоохранения. Настоящий модуль посвящен праву на здоровье. Однако взаимосвязь между правами, закрепленными в КПИ, свидетельствует о необходимости руководствоваться комплексным подходом при осуществлении положений Конвенции.

---

## См. занятие 2.В. «Взаимосвязь между правами»

---

В следующем разделе более подробно рассматривается применение этих и других прав, закрепленных в КПИ, в контексте услуг здравоохранения.

---

## 2.С. Доступ людей с инвалидностью к здравоохранению: направления, вызывающие обеспокоенность

Всеобъемлющие барьеры, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью при попытках получить доступ к услугам здравоохранения

Проблемы, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью, в разной степени сохраняются как в развитых, так и в развивающихся странах. К ним относятся

---

<sup>8</sup> Health and Safety at Work 2007-2012 – COM (2007) 62.

<sup>9</sup> EUROPEAN COMMISSION, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:EN:PDF>

ограничения доступа к медицинскому обслуживанию/лечению, терапии, ассистивным технологиям и образованию, а также пренебрежительное отношение, маргинализация, эксплуатация, стигматизация, унижение и т.д.

Несмотря на то что с препятствиями при получении медицинской помощи сталкиваются как мужчины, так и женщины, мужчины реже, чем женщины, склонны считать, что они или их дети больны настолько, что им требуются медицинские услуги, и реже знают, где эти услуги можно получить. Мужчины также сообщают, что им труднее получить доступ к финансовой помощи в связи с услугами здравоохранения<sup>10</sup>.

У людей с инвалидностью часто наблюдается более плохое состояние здоровья, чем у населения в целом. До относительно недавнего времени такие различия нередко считались неизбежным следствием инвалидности, но сегодня больше людей признают тот факт, что эти различия в действительности могут быть результатом неравенства и несправедливости в доступе к здравоохранению.

Проблемы инвалидности проявляются преимущественно в социальном контексте и социальных отношениях, а не являются следствием состояния здоровья человека. Если говорить о здравоохранении, то стигматизация и предрассудки являются теми факторами, которые порождают дополнительные ограничения для людей с инвалидностью. К числу таких барьеров относятся:

- **физические барьеры**, препятствующие доступу людей с инвалидностью в поликлиники и больницы;
- **информационные барьеры**, препятствующие доступу людей с инвалидностью к грамотности в вопросах здоровья и информационным брошюрам и памяткам на тему популяризации здорового образа жизни, профилактики заболеваний и охраны здоровья;
- **отношенческие барьеры**, порождающие дискриминацию, которая может крайне негативно отразиться на правах людей с инвалидностью и особенно лиц с психосоциальной инвалидностью;
- **институциональные барьеры**, включающие положения законодательства, практику и процессы, лишаящие людей с инвалидностью доступа к услугам здравоохранения.

Услуги для людей с физическими, сенсорными или интеллектуальными нарушениями здоровья также подвергаются критике по причине наличия коммуникационных и культурных барьеров.

---

<sup>10</sup> WHO: Disability and Rehabilitation Team: [www.who.int/disabilities](http://www.who.int/disabilities).

Доступ людей с инвалидностью к услугам здравоохранения далеко не ограничивается вышеописанными факторами доступности. Различия в доступе к медицинским и социальным услугам могут быть обусловлены фактом их наличия или отсутствия, поскольку такие услуги могут предоставляться в ограниченном объеме или просто не предоставляться тем или иным группам населения, к тому же качество услуг, оказываемых разным группам, также может различаться, и не все группы могут быть осведомлены о наличии определенных услуг по причине недостатка информации. Важно одновременно расширить возможности людей с инвалидностью в части доступа к системе здравоохранения и обеспечивать, чтобы эта система могла адекватно и своевременно откликаться на их потребности.

### Услуги специалистов

Помимо доступа к медицинским услугам общего характера люди с инвалидностью могут нуждаться в ряде специализированных услуг, например реабилитации. Например, в некоторых случаях людям могут требоваться услуги по уходу или реабилитации, обусловленные характером их нарушений здоровья. Во многих странах действуют национальные реабилитационные больницы и центры, которые оказывают специализированные услуги пациентам со всей страны, получившим инвалидизирующие нарушения физического или когнитивного здоровья в результате несчастного случая, болезни или травмы, и нуждающимся в специализированной реабилитации. Во многих странах трудность заключается в том, что услуги таких учреждений сопряжены со значительными расходами и могут быть предоставлены лишь ограниченному числу пациентов, что приводит к отказу в лечении или длительным периодам ожидания.

### ПРИМЕРЫ

- ▶ При ограниченном доступе к медицинской помощи люди с инвалидностью могут быть лишены возможности получить лечение в приоритетном порядке. Например, в случае таких нарушений здоровья, как ВИЧ и СПИД, люди с инвалидностью могут не получать антиретровирусную терапию и постконтактную профилактику инфицирования из-за стигматизации и дискриминации, связанных с инвалидностью.
- ▶ При обращении за медицинской помощью или консультациями люди с инвалидностью могут столкнуться с проблемой нарушения неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности информации из-за необходимости присутствия личных ассистентов или сурдопереводчиков.
- ▶ Лица, оказывающие техническую помощь в реализации программ общественного здравоохранения, часто не обладают знаниями в области инвалидности и поэтому не учитывают инвалидность в своих оценках и других видах работ (например, при разработке обследований домохозяйств или стратегиях по работе с населением).
- ▶ Письменные материалы по вопросам здравоохранения могут быть недоступны для слепых. Глухие люди могут быть лишены возможности ознакомиться с информацией, которая транслируется по радио.

## Вопросы для стран

С какими наиболее серьезными ограничениями доступа к услугам здравоохранения и персональным социальным услугам, на ваш взгляд, сталкиваются люди с инвалидностью? Каким образом можно их уменьшить?

### Факторы, ограничивающие доступ людей с инвалидностью к медицинским и социальным услугам

- отсутствие физического доступа, включая транспортную доступность и/или территориальную близость учреждений здравоохранения, а также отсутствие пандусов, доступных весов и смотровых столов, недоступное лечебное и диагностическое оборудование (включая кресла для проведения инфузий, маммографы и рентгенологическое оборудование) в самих учреждениях здравоохранения;
- нехватка информационно-коммуникационных материалов (например, отсутствие материалов, написанных шрифтом Брайля, крупным шрифтом, простым языком и в виде иллюстраций; отсутствие сурдопереводчиков, отсутствие материалов для глухих людей и людей, страдающих от потери слуха);
- отсутствие отдельных кабинетов для обсуждения медицинских и социальных вопросов конфиденциального характера;
- отсутствие дополнительного времени, ухода и внимательного отношения к потребностям людей с инвалидностью;
- отсутствие источников воды, унитазов, умывальников и туалетных комнат, отвечающих потребностям людей с инвалидностью;
- отсутствие осведомленности, информированности и знаний о потребностях людей с инвалидностью;
- негативное отношение медицинских и социальных работников, предрассудки и навязанная стигматизация;
- знаний и навыков, необходимых при взаимодействии с людьми с инвалидностью;
- отсутствие координации действий между поставщиками услуг;
- недостаточная подготовка медицинского персонала;
- нехватка финансирования, включая медицинское страхование.

**Важно**

Очень часто людей с инвалидностью воспринимают как «целевой объект», как пассивных получателей медицинских и личных социальных услуг, причем даже в рамках программ, в основе которых лежат самые благие намерения. Для эффективного удовлетворения потребностей таких людей очень важно проводить консультации с самими людьми с инвалидностью и профильными организациями. Концепция AAAQ («наличие, доступность, приемлемость и качество») представляет собой полезный инструмент для выявления факторов, ограничивающих доступ людей с инвалидностью к инклюзивному медицинскому обслуживанию.

## Вопросы для стран

Какие факторы препятствуют доступу к здравоохранению в вашей стране, согласно концепции AAAQ?

### МИРОВАЯ ПЕРЕДОВАЯ ПРАКТИКА: ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

#### БАНГЛАДЕШ

*WISH2ACTION: Повышение доступности центров здравоохранения за счет использования универсального дизайна и разумного приспособления<sup>11</sup>*

В соответствии с законом Бангладеш «О правах и защите людей с инвалидностью» 2013 года, поставщики медицинских услуг обязаны вносить изменения или «разумные коррективы» в свою работу для повышения качества услуг, предоставляемых людям с инвалидностью, и их защиты от дискриминации или неблагоприятных условий. В связи с этим правительство Бангладеш учредило центры здравоохранения и планирования семьи на уровне сельских общин под руководством начальника Управления по планированию семьи Министерства здравоохранения и благосостояния семьи. Однако, поскольку при проектировании этих центров не учитывался принцип универсального дизайна, они с самого начала оказались недоступными для людей с инвалидностью и уязвимых пациентов.

Проект WISH2ACTION, который проводится организацией «Хандикап интернэшнл» при финансировании Министерства иностранных дел, по делам Содружества и развития в районе Ситакунд, направлен на создание безбарьерной среды для людей с инвалидностью, с тем чтобы повысить уровень их участия в жизни общества, включая услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. В рамках проекта WISH2ACTION «Хандикап интернэшнл» сотрудничала с правительством Бангладеш, местными НПО и организациями по делам людей с инвалидностью, чтобы повысить доступность ряда центров планирования семьи и услуг в области сексуального и

---

<sup>11</sup> Выдержки из: STEP TOWARDS DISABILITY INCLUSIVE SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH: LEARNINGS FROM WISH2ACTION PROJECT.

репродуктивного здоровья за счет внесения структурных изменений в их конструкцию. В соответствии с двусторонним подходом WISH2ACTION предусматривалось распространение информации о доступных услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья для людей с инвалидностью, включая предоставление надомных консультаций по вопросам планирования семьи, неонатальных услуг и охраны здоровья подростков. Затем, когда местные центры здравоохранения стали доступными для использования ассистивных устройств, сотрудники проекта WISH2ACTION и организаций по делам людей с инвалидностью начали рекомендовать людям с инвалидностью обращаться туда для получения соответствующих услуг.

## ФИНЛЯНДИЯ

### *«Карточка инвалида» для обеспечения равного доступа<sup>12</sup>*

В 2016 году Европейский союз (ЕС) ввел в восьми странах, включая Финляндию, экспериментальную версию «карточки инвалида ЕС», с помощью которой люди с инвалидностью смогли сообщать о своих потребностях и получать доступ к необходимой поддержке во всех странах — членах ЕС. За координацию национальной испытательной программы по популяризации этой карты, проводившейся с 2018 по 2020 год в сотрудничестве с другими партнерами из числа НПО, Финским форумом по вопросам инвалидности и Институтом социального страхования Финляндии, отвечал Финский фонд обслуживания лиц с нарушениями интеллектуального здоровья (KVPS)

В период с июня по октябрь 2018 года в Финляндии за карточкой обратились более 4 тыс. лиц с инвалидностью. Пользователи финской карточки инвалида, содержащей фотографию и текст на шрифте Брайля, могут выбирать символы, обозначающие вид помощи, в которой они нуждаются, для размещения на обратной стороне карточки. Они также могут добавлять QR-код, позволяющий перейти на веб-страницы, содержащие информацию о виде их инвалидности, или в приложение What Matters to Me («То, что важно для меня»), разработанное финской организацией «Бестер» в партнерстве с людьми с инвалидностью. Приложение позволяет людям хранить информацию о том, какая поддержка им требуется, и делиться ею по мере необходимости.

## США

### *Закон о реабилитации инвалидов 1973 года и Закон об американских гражданах с инвалидностью (ADA) 1990 года<sup>13</sup>*

Раздел 504 Закона США о реабилитации инвалидов от 1973 года запрещает дискриминацию по признаку инвалидности в рамках любой программы или деятельности, получающей финансовую помощь из средств федерального бюджета. В

---

<sup>12</sup> Zero project: Innovative Policy 2019 on Independent Living and Political Participation.

<sup>13</sup> Americans with Disabilities Act of 1990. <https://www.ada.gov/pubs/adastatute08.pdf>. Выполнение раздела II Закона об американских гражданах с инвалидностью обеспечивается Отделом по правам инвалидов Управления гражданских прав при Министерстве юстиции США и Управлением по защите гражданских прав. Положения раздела II приводятся в части 35 раздела 28 Свода федеральных положений.

этом разделе предписывается соблюдение определенных стандартов при проектировании и строительстве новых объектов и обеспечивается доступность программ в целом. Кроме того, согласно разделу II Закона об американских гражданах с инвалидностью 1990 года, защита от дискриминации распространяется на весь спектр услуг, программ и мероприятий государственных и местных органов власти. В соответствии с этим разделом, подпадающие под его действие государственные организации должны обеспечить людям с инвалидностью равный доступ к программам, услугам и мероприятиям. Положения раздела II Закона об американских гражданах с инвалидностью и предусмотренные в этом законе стандарты доступного дизайна включают особые требования в отношении новых объектов строительства и перестройки зданий и сооружений, включая учреждения здравоохранения, а также требования к служебным животным, средствам связи и телекоммуникациям. В соответствии с требованиями о доступности программ, содержащимися в разделе II, государственные организации могут сменить место проведения программ или предоставлять доступные услуги в других местах в тех случаях, когда уже существующие объекты инфраструктуры не соответствуют критериям доступности.

### Водоснабжение, санитария и гигиена (ВССГ)

Доступ к объектам водоснабжения, санитарии и гигиены (ВССГ) является залогом хорошего здоровья для всех людей. В статье 28 Конвенции говорится о необходимости «обеспечения инвалидам равного доступа к получению чистой воды и обеспечения доступа к надлежащим и недорогим услугам, устройствам и другой помощи для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью». На протяжении многих лет санитарно-гигиенические потребности людей с инвалидностью не относились к числу приоритетных вопросов. Многие люди с инвалидностью лишены доступа к основным санитарным услугам, что может приводить к дальнейшему ухудшению их здоровья и усугублять уровень нищеты.

Люди с инвалидностью могут сталкиваться с повышенными рисками для здоровья из-за отсутствия доступа к услугам санитарии и гигиены. Отсутствие инклюзивной инфраструктуры означает, что им иногда приходится практиковать меры, которые противоречат нормам гигиены и носят опасный характер. Право на доступ к безопасной и чистой воде и средствам санитарии относится к числу основных прав всех людей, включая лиц с инвалидностью, и отказ в этом праве может иметь серьезные последствия для их благополучия. Например, недоступные туалеты и средства водоснабжения являются основными факторами, которые вынуждают детей с инвалидностью и особенно девочек, прекратить посещение школы.

В программах по санитарии и гигиене должны всесторонним образом учитываться потребности людей с инвалидностью. Кроме того, проекты в области санитарии должны не ограничиваться внедрением технических решений и предусматривать устранение отношенческих и институциональных барьеров, препятствующих доступной санитарии. Оптимизация инфраструктуры позволяет снизить риски, связанные с воздействием

заболеваний и нарушений здоровья, тем самым повышая жизненные шансы и расширяя возможности людей с инвалидностью. Для более широкомасштабного применения эффективных стратегий и программ крайне важно заручиться участием людей с инвалидностью в разработке программ инклюзивной санитарии и гигиены, включая обмен передовым опытом. Преимущества, которые дает расширение всеобщего доступа, в значительной степени превосходят любые сопряженные с ним затраты.

## ПЕРЕДОВАЯ ПРАКТИКА: ВССГ

### ТИМОР-ЛЕШТИ

*Многостороннее партнерство в интересах инклюзивности водоснабжения, санитарии и гигиены (2011 год)<sup>14</sup>*

Общая цель этого инклюзивного проекта по ВССГ, продолжавшегося в течение семи недель, заключалась в том, чтобы обеспечить успешный и всесторонний учет потребностей людей с инвалидностью в рамках инициатив по ВССГ за счет создания многосторонних партнерств между различными НПО и правительством страны. Миссия по борьбе с проказой осуществила этот проект в сотрудничестве с организациями «УотерЭйд», «План интернэшнл», DWASH, «Бее Санеаменту но Игене иха Комунидаде» (BESIK) и «Раэс Хадоми Тимор Оан» (RHTO).

Партнеры совместно с Миссией по борьбе с проказой предлагали проекты всем учреждениям по ВССГ в Тиморе-Лешти, вели сбор данных о проблемах, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью, разрабатывали устойчивые решения, готовили обучающие семинары и проводили обучение для заинтересованных сторон, а также разрабатывали пилотные модели технических решений.

Партнеры также подготовили для заинтересованных сторон доклад о рекомендациях относительно дальнейшей реализации проектов по ВССГ и наблюдали за тем, как другие заинтересованные стороны выполняют свои обязательства по продолжению работы по созданию инклюзивной ВССГ в Тиморе-Лешти.

По итогам проекта были достигнуты следующие результаты.

- **Политика.** В феврале 2011 года началось внедрение руководящих принципов по инклюзивным стандартам для пунктов водоснабжения и общественных туалетов, входящих в руководящие принципы Национальной политики в области санитарии. Все новые пункты водоснабжения были построены в соответствии со стандартом доступности, разработанным в рамках проекта.
- **Наращивание потенциала.** Местная организация по делам людей с инвалидностью в настоящее время проводит для других заинтересованных сторон обучающие семинары, посвященные развитию с учетом нужд и потребностей людей с инвалидностью.

---

<sup>14</sup> Источник: выдержки из издания UN, BEST PRACTICES FOR INCLUDING PERSONS WITH DISABILITIES IN ALL ASPECTS OF DEVELOPMENT EFFORTS, April 2011, page 49.

- **Информационно-пропагандистская работа и повышение осведомленности.** Член местной организации по делам людей с инвалидностью принял участие в информационной поездке, которая проходила в ряде городов Австралии (Брисбен, Канберра, Мельбурн, Таунсвилл), с тем чтобы привлечь внимание к проблемам, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью в сельских районах Тимора-Лешти. Информационной поддержкой проекта занимались местные радиостанции Тимора-Лешти и международные головные офисы всех вовлеченных агентств.
- **Доступность.** Были опубликованы образовательные брошюры по инклюзивным средствам ВССГ на местных диалектах. Для людей с инвалидностью были организованы доступные транспортные средства и площадка, где располагалось место проведения семинара.
- **Участие.** Главная задача состояла в том, чтобы обеспечить участие жителей деревень и убедить местное население поделиться своим опытом и рассказать о проблемах, связанных с ВССГ, во время сессий, проводившихся в деревнях.
- **Гендерные вопросы.** Для участия в проекте активно привлекались эксперты по гендерным вопросам; уделялось особое внимание роли женщин, которые оказывают людям с инвалидностью помощь и поддержку при использовании средств ВССГ.

## Здоровье и люди с психосоциальной инвалидностью

В некоторых странах лица, к которым относятся как к людям, имеющим психосоциальную инвалидность или нарушения психического здоровья, часто сталкиваются с особыми проблемами при попытках получить доступ к медицинскому обслуживанию и, что еще хуже, нередко подвергаются жестокому обращению в контексте ухода или лечения. К числу таких проблем могут относиться произвольное содержание в местах лишения свободы или недобровольное помещение в учреждения, где пациентов могут подвергать принудительному лечению, медикаментозной терапии, словесному и физическому насилию, содержать в ненадлежащих условиях и переполненных помещениях, а также часто приковывать цепями на протяжении длительного периода времени<sup>15</sup>.

Случаи нарушения прав также были зафиксированы на уровне общин, где из-за ложных представлений о людях с психосоциальной инвалидностью местные медицинские работники, включая традиционных целителей, применяют иногда жестокие методы воздействия, включая надевание кандалов, в том числе на детей<sup>16</sup>. Семьи и родственники часто являются основным источником поддержки для индивидуумов с различными

---

<sup>15</sup> Так, например, организация «Хьюман райтс уотч» сообщила о случаях заковывания людей в цепи в таких странах, как Гана, Сомали и Южный Судан. Соответствующие доклады опубликованы по адресу: <https://www.hrw.org/topic/disability-rights>.

<sup>16</sup> Более подробная информация о воздействии негативных установок на людей с психосоциальными расстройствами приводится в модуле «Культура, установки и инвалидность» из «Комплекта материалов по проблеме инвалидности для Африки».

нарушениями психосоциального здоровья, но они нередко испытывают трудности с обеспечением эффективной поддержки ввиду отсутствия в общинах таких вспомогательных механизмов, как амбулаторные медицинские и реабилитационные услуги и консультирование на основе свободного и информированного согласия.

Нарушения психического и психосоциального здоровья носят повсеместный характер и отличаются общностью проблемы. Нет континента, региона или страны, чьи жители были бы застрахованы от возникновения таких заболеваний. В то же время ответные коррекционные меры могут существенно различаться в зависимости от культуры, традиций, ресурсов, политики и сознательности жителей той или иной местности. Принятие Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и признание в ней того факта, что психическое здоровье является важной составляющей человеческого здоровья человека, дают все основания надеяться на то, что международное сообщество объединит свои силы во имя укрепления психического здоровья и благополучия<sup>17</sup>.

Учитывая сложный характер, которым отличаются нарушения психического здоровья, для их успешного лечения требуется регулярный доступ к услугам медицинских работников и разнообразным службам поддержки. К сожалению, услуги по охране психического здоровья часто оказываются недоступны или используются не в полном объеме, особенно в развивающихся странах. По оценкам ВОЗ, в развитых странах терапевтический разрыв (процент лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, но не получающих ее) составляет от 44 до 70 процентов; в развивающихся странах этот показатель может достигать 90 процентов. Такие распространенные нарушения психического здоровья, как депрессия, могут носить чрезвычайно инвалидизирующий характер, однако многие люди с такими нарушениями не получают лечения<sup>18</sup>.

К факторам, препятствующим доступу к услугам по охране психического здоровья, относятся нехватка и недостаточная экономическая доступность услуг по охране психического здоровья, отсутствие полноценной политики в области охраны психического здоровья и просвещения на тему нарушений психического здоровья, и стигматизация. Во многих странах стоимость услуг по охране психического здоровья является существенным препятствием, из-за которого люди с психическими расстройствами не могут получить доступ к необходимой медицинской помощи. Несмотря на то что во многих странах действуют государственные и частные учреждения по охране психического здоровья, программы медицинского страхования, а также комбинации таких систем, люди с тяжелыми психическими заболеваниями находятся в чрезвычайно неблагоприятном экономическом и социальном положении. Во многих странах психические расстройства не охватываются программами

---

<sup>17</sup> Yamin, A. E. and Rosenthal, E., "Out of the shadows: Using human rights approaches to secure dignity and wellbeing for people with mental disabilities", PLOS Medicine, Vol. 2(4), 2005, pp. 296–298.

<sup>18</sup> Lopez A, Mathers CD, Essati M, Jamison DT, Murray CJL, Global Burden of Disease and Risk Factors, 2006, Washington, DC, World Bank.

медицинского страхования, что делает услуги по охране психического здоровья экономически недоступными для многих людей. ВОЗ также сообщает, что в 25 процентов всех стран пациентам с психическими расстройствами не выплачиваются пособия по инвалидности, а треть всего населения мира проживает в странах, которые выделяют на охрану психического здоровья менее 1 процента своего бюджета на здравоохранение. Кроме того, 31 процент стран не располагает специальным государственным бюджетом на борьбу с психическими заболеваниями. Это означает, что вопрос расходов был и остается фактором, который существенным образом ограничивает доступ к услугам в области психического здоровья.

Еще одной проблемой, препятствующей доступу к психиатрической помощи, является нехватка основных лекарственных средств и фармацевтических препаратов. Эта проблема особенно остро стоит во многих развивающихся странах, серьезным образом ограничивая доступность лечения психических расстройств. В том же отчете ВОЗ подчеркивается, что почти в одной пятой всех стран мира в арсенале учреждений первичной медико-санитарной помощи нет хотя бы одного распространенного антидепрессанта, одного нейрорепрессанта и одного противосудорожного препарата<sup>19</sup>.

ВОЗ рекомендует сделать специализированные службы по охране психического здоровья частью системы первичной медико-санитарной помощи. Это помогает расширить доступ к услугам здравоохранения и снизить уровень стигматизации, которой подвергаются люди с нарушениями психического здоровья и их семьи. Значительное снижение уровня стигматизации обеспечивается за счет того, что услуги первичной медико-санитарной помощи не ассоциируются с какими-либо конкретными нарушениями здоровья, например, психическими расстройствами.

Повышение осведомленности специалистов здравоохранения, социальных служб, государственных чиновников, органов безопасности, лиц, осуществляющих уход, традиционных и духовных целителей и общественности в целом о потребностях лиц с нарушениями психического и психосоциального здоровья является важнейшим условием устранения вредных убеждений, негативного отношения и предрассудков и борьбы с ними. От уровня осведомленности в значительной степени зависит наращивание организационного и индивидуального потенциала, необходимого для обеспечения комплекса медицинских и социальных услуг, которые позволят людям с психическими и психосоциальными расстройствами и членам их семей вести полноценную жизнь в обществе в соответствии с принципами инклюзивности<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Lund C, Myer L, Stein DJ, Williams DR, Flisher AJ, "Mental Illness and Lost Income among adult South Africa", 2013, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. May;48(5): pp.845-51.

<sup>20</sup> Jamanetwork.com, "Integrating mental health into primary care: a global perspective", World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA), Geneva, 2008, pp. 13 and 19.

Передовая практика: здоровье и люди с психосоциальной инвалидностью

## БУТАН

*Общациональная стратегия борьбы с нарушениями психического здоровья<sup>21</sup>*

В Бутане, как и во многих других странах, наблюдается проблема недостаточной осведомленности и ошибочных представлений о нарушениях психического здоровья и связанного с ними стыда. Вследствие этого многие люди вынуждены скрывать свои симптомы и не получают доступа к лечению. Однако в 1997 году была предпринята попытка исправить ситуацию, когда власти приступили к реализации Национальной программы в области психического здоровья, направленной на предоставление услуг по охране психического здоровья на уровне общин и просвещение населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики и лечения соответствующих нарушений. Бутан, в котором действует хорошо налаженная национальная сеть первичной медико-санитарной помощи, в настоящее время ведет работу по обучению врачей, медицинских работников и медсестер навыкам лечения психических заболеваний, по обеспечению соответствующей медикаментозной терапии и интеграции услуг по охране психического здоровья в общую систему первичной медико-санитарной помощи.

Реализация Национальной программы в области психического здоровья началась с того, что специалисты службы по охране психического здоровья посетили лидеров общин, местный медицинский персонал (врачей, медицинских работников и медсестер) и традиционных целителей, чтобы обсудить существующую практику, ознакомиться с их точкой зрения и договориться о сотрудничестве. После этих консультаций медицинский персонал проводит обучение и тренинги в целях знакомства с современными концепциями психического здоровья и их преимуществами. Специалисты службы по охране психического здоровья вместе с лидерами общин, местным медицинским персоналом и традиционными целителями занимаются выявлением потенциальных больных в общине и проводят обучение основным навыкам психиатрической работы, таким как диагностика и лечение наиболее распространенных нарушений психического здоровья. После проведения опроса и диагностики выявленных случаев специалисты оказывают поддержку местным медицинским работникам в составлении индивидуальных планов лечения, которые включают консультации с членами семей и их участие в контроле приема лекарств и оказании эмоциональной поддержки. Местные медицинские работники следят за состоянием отдельных пациентов в клиниках или в рамках посещений на дому. На национальном уровне основная группа специалистов по охране психического здоровья регулярно посещает центры первичной медико-санитарной помощи для мониторинга деятельности и клинического наблюдения.

В 2017 году в Бутане работали 345 врачей (включая профильных специалистов), 25 фельдшеров, 1264 медсестры и 600 помощников врачей. По состоянию на 2018 год в рамках программы прошли обучение около 86 процентов врачей общей практики, 25

---

<sup>21</sup> Zero Project.org: Innovative Policy 2019 on Independent Living and Political Participation.

процентов медсестер и 75 процентов работников первичной медико-санитарной помощи.

## Сексуальное и репродуктивное здоровье людей с инвалидностью

Репродуктивное здоровье представляет собой нечто большее, чем просто отсутствие болезней или недугов. Это состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех вопросах, связанных с репродуктивной системой, на всех этапах жизни.

Люди с инвалидностью имеют такие же потребности в области сексуального и репродуктивного здоровья, как и все остальные. Однако, невзирая на возможность беспрепятственной адаптации существующих услуг и информации к потребностям людей с инвалидностью, при попытках ими воспользоваться такие люди часто сталкиваются с препятствиями. Во многих случаях эти препятствия возникают и закрепляются вследствие стигматизации, невежества и негативного отношения общества и отдельных людей, включая медицинских работников. Так, например, существует распространенное мнение, что люди с инвалидностью не ведут активную половую жизнь и поэтому не нуждаются в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Одним из важнейших условий расширения охвата всех программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья, с тем чтобы их действие распространялось на людей с инвалидностью, является повышение осведомленности о потребностях и правах людей с инвалидностью.

Женщины с инвалидностью часто испытывают более высокую потребность в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья по причине их повышенной уязвимости к жестокому обращению. Женщины с инвалидностью чаще подвергаются гендерному и сексуальному насилию, пренебрежительному и жестокому обращению и эксплуатации по сравнению с женщинами без инвалидности<sup>22</sup>. Людей с инвалидностью иногда помещают в специализированные учреждения, интернаты, больницы и другие места группового проживания, где они могут быть не только лишены возможности принимать информированные и независимые решения относительно своего сексуального и репродуктивного здоровья, но и подвергаться повышенному риску сексуальных надругательств и насилия. В этом отношении особенно уязвимы лица с нарушениями интеллектуального и психического здоровья. Насилие в отношении женщин с инвалидностью может также принимать форму принудительного медицинского лечения или процедур, включая принудительную стерилизацию, случаи которой зафиксированы во многих странах и регионах.

---

<sup>22</sup> В своем «Углубленном исследовании, посвященном всем формам насилия в отношении женщин», Генеральный секретарь отметил, что опросы, проведенные в Европе, Северной Америке и Австралии, продемонстрировали, что более половины женщин с инвалидностью подвергались физическому насилию по сравнению с одной третью трудоспособных женщин. A/61/122/Add.1, п. 152, со ссылкой на материал Human Rights Watch, “Women and girls with disabilities”, URL: <http://hrw.org/women/disabled.html>.

Женщинам с инвалидностью также часто отказывают в праве заводить отношения и решать, стоит ли им заводить семью, и если да, то когда и с кем, причем в некоторых случаях их принуждают к браку. Из-за повышенной угрозы сексуального насилия женщины с инвалидностью также подвержены риску заражения ВИЧ и другими заболеваниями, передающимися половым путем. В кризисных ситуациях эти риски многократно возрастают.

## ПЕРЕДОВАЯ ПРАКТИКА: УСЛУГИ ПО ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

### БАНГЛАДЕШ

*WISH2ACTION: обеспечение безопасных домашних родов в чистых условиях в районе Улипур в рамках ликвидации последствий наводнения и пандемии COVID-19<sup>23</sup>*

В 2020 году в самый разгар кризиса, вызванного пандемией COVID-19, в районе Улипур произошло три наводнения. Команда проекта WISH2ACTION, который проводится организацией «Хандикап интернэшнл», установила, что беременные женщины с инвалидностью столкнулись с дефицитом услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, поскольку центры здравоохранения и планирования семьи не могли оказывать им помощь в вопросах дородового ухода и родов. Команда проекта WISH2ACTION организовала встречи с районными комитетами управления, чтобы выслушать их предложения по улучшению ситуации. Комитеты предложили, чтобы центры социального обеспечения семьи составили актуальные списки беременных женщин и квалифицированных акушерок в своих районах. Квалифицированные акушерки не могли обеспечить проведение безопасных родов в чистых условиях на дому из-за отсутствия комплектов материалов для проведения безопасных родов. В рамках программы WISH2ACTION организация «Хандикап интернэшнл» предоставила центрам планирования семьи в 11 подрайонах (где работают квалифицированные акушерки) наборы для безопасных родов, содержащие стерильный шовный материал, скальпели, резиновую простыню, перчатки и зажимы. Кроме того, районные органы здравоохранения и планирования семьи и местная администрация сыграли большую роль в поддержке этой инициативы, которая способствовала проведению безопасных домашних родов в чистых условиях и снижению материнской смертности и заболеваемости.

---

<sup>23</sup> Выдержки из: STEP TOWARDS DISABILITY INCLUSIVE SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH: LEARNINGS FROM WISH2ACTION PROJECT.

*WISH2ACTION: предоставление инклюзивных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья на базе различных учреждениях здравоохранения в целях оказания людям с инвалидностью помощи в принятии правильных решений<sup>24</sup>*

По итогам сбора данных от выгодоприобретателей, последующих визитов, перенаправления к профильным специалистам, просветительских семинаров под открытым небом и персональных информационных занятий в рамках программы WISH2ACTION сотрудники «Хандикап интернэшнл» пришли к выводу о том, что большинство людей с инвалидностью не знают о своих правах в области сексуального и репродуктивного здоровья и о наличии профильных услуг и медицинских центров, и вынуждены обращаться за помощью в частные медицинские учреждения. В связи с этим специалисты проекта WISH2ACTION приступили к распространению достоверной информации об имеющихся услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих медицинских центрах, таких как союзные центры здоровья и благополучия семьи, общинные клиники и районные медицинские комплексы. Это позволило увеличить число людей с инвалидностью, которые обращаются в государственные учреждения здравоохранения для получения услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья и планирования семьи на безвозмездной основе.

### **Учет нужд и интересов людей с инвалидностью в рамках программ борьбы с ВИЧ и СПИДом**

Согласно имеющимся данным, люди с инвалидностью подвергаются такому же — если не повышенному — риску заражения ВИЧ, что и люди без инвалидности. Несмотря на ограниченный объем статистики, проведенный в 2014 году анализ данных из стран Африки к югу от Сахары показал, что риск заражения ВИЧ у людей с инвалидностью в 1,3 раза (для женщин 1,48) выше, чем у людей без инвалидности<sup>25</sup>. Кроме того, данные свидетельствуют о том, что люди, живущие с ВИЧ или больные СПИДом, также подвержены риску получения инвалидности вследствие болезни или связанного с ней лечения<sup>26</sup>.

В то же время ЮНЭЙДС установила, что люди с инвалидностью «представляют собой одну из самых масштабных и недостаточно обеспеченных услугами групп населения», когда речь идет об услугах в области здравоохранения и ВИЧ<sup>27</sup>. В этих сферах люди с инвалидностью сталкиваются с теми же препятствиями, которые ограничивают их доступ к медицинским услугам в целом, включая отсутствие доступной информации или просвещения в отношении профилактики, лечения, ухода и других аспектов, связанных с ВИЧ, а также недоступность центров диагностики и лечения ВИЧ из-за физических

---

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> UN IRIN news, Heightened HIV risk for people with disabilities, available at:

<http://www.irinnews.org/report/100414/heightened-hiv-risk-for-people-with-disabilities>.

<sup>26</sup> Dr. Jill Hanass-Hancock (HEARD, IDDC), Dr. Paul Chappell (University of Johannesburg, IDDC) and Leandri Pretorius (HEARD), Discussion Paper of UNAIDS Strategy Brief for Integrating Disability into AIDS Programming (2014).

<sup>27</sup> UNAIDS, The Gap Report: People with Disabilities (2014).

барьеров, неэффективной координации медицинских услуг и нехватки доступного транспорта. ВИЧ-инфицированные люди с инвалидностью не могут воспользоваться услугами ухода и лечения и получить антиретровирусную терапию и другие препараты для лечения сопутствующих инфекций, по причине бедности и таких ограничений, как отсутствие транспорта для проезда в лечебные учреждения. Люди с инвалидностью также несоразмерно чаще вынуждены жить в условиях значительной нищеты, что еще больше ограничивает их доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.

**Недоступность:** инфраструктура, товары и услуги, связанные с ВИЧ, включая профилактику, лечение, уход и поддержку в связи с ВИЧ-инфекцией, часто недоступны для людей с инвалидностью; поставщики медицинских услуг не обладают достаточной квалификацией для того, чтобы обеспечить поддержку и приспособления с учетом нужд и потребностей людей с инвалидностью в рамках услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

**Ограничения доступности:** для обеспечения доступности необходимо принимать меры для прекращения дискриминационного отношения, а также ликвидации физических, экономических и информационных барьеров.

- **Дискриминация:** стигматизация и дискриминация являются факторами, которые не позволяют людям с инвалидностью воспользоваться услугами профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ.
- **Физическая недоступность:** услуги профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и СПИДом, включая центры диагностики и лечения ВИЧ, нередко оказываются недоступными для людей с инвалидностью из-за физических барьеров, неэффективной координации медицинских услуг и нехватки доступного транспорта.
- **Экономическая недоступность:** потребители с инвалидностью часто живут в условиях нищеты, что ограничивает их доступ к услугам профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ; люди с инвалидностью лишены равного доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам, включая лекарственные средства и ассистивные устройства.
- **Недоступность информации:** люди с инвалидностью не имеют доступа к информации об услугах профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ; и их нередко ошибочно считают неспособными принимать решения о своем лечении и уходе или участвовать в принятии таких решений.

**Неприемлемые объекты инфраструктуры, товары и услуги, связанные с ВИЧ и СПИДом:** люди с инвалидностью часто сталкиваются с неуважительным отношением к себе в связи с ВИЧ и СПИДом; это выражается в несоблюдении процедур получения информированного согласия и нарушении конфиденциальности информации и неприкосновенности их частной жизни.

**Некачественные объекты инфраструктуры, товары и услуги, связанные с ВИЧ и СПИДом:** люди с инвалидностью имеют право на качественные объекты инфраструктуры, товары и услуги.

*Источник: One Billion Strong, HIV/AIDS, Disability and Discrimination: A Thematic Guide to Law, Policy and Programming (2012).*

## Важно

Необходимо не только обеспечить всесторонний учет аспектов инвалидности в работе служб здравоохранения в целом, но учитывать права и потребности людей с инвалидностью в национальных программах по борьбе с ВИЧ и СПИДом, включая национальные стратегические планы. Многие страны этого до сих пор не сделали.

### Примеры передовой практики

Люди с инвалидностью и создаваемые ими организации могут принимать целенаправленное и полноценное участие в программах по борьбе с ВИЧ и СПИДом. Для обеспечения такого участия могут быть приняты следующие меры:

- ▶ просвещение людей по вопросам ВИЧ;
- ▶ обеспечение средств профилактики, услуг и лечения в связи с ВИЧ;
- ▶ обеспечение защиты от дискриминации и сексуального насилия;
- ▶ расширение прав и возможностей людей для участия в мерах по борьбе с ВИЧ.

### Целевой фонд по вопросам инвалидности, ВИЧ и СПИДа

Целевой фонд по вопросам инвалидности, ВИЧ и СПИДа (DHAT) содействует защите прав и укреплению потенциала людей с инвалидностью, страдающих раком шейки матки, туберкулезом и инфекциями, связанными с ВИЧ и СПИДом, и стремится к интеграции и полноценному участию людей с инвалидностью в контексте мероприятий, касающихся защиты прав людей с инвалидностью и прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, борьбы с раком шейки матки и туберкулезом и деятельности в отношении ВИЧ/СПИДа .

*Целевой фонд по вопросам инвалидности, ВИЧ и СПИДа — это некоммерческая региональная организация, зарегистрированная в Хараре, Зимбабве. Вебсайт: [www.DHATRegional.org](http://www.DHATRegional.org)*

## 2.D. Меры по обеспечению права людей с инвалидностью на услуги здравоохранения

В настоящем разделе рассматриваются подходы к обеспечению права людей с инвалидностью на услуги здравоохранения. Как и в случае реализации других закрепленных в КПИ прав, существует целый ряд мер, которые могут быть приняты странами и другими заинтересованными сторонами для обеспечения права лиц с инвалидностью на услуги здравоохранения.

---

**См. занятие 2.D «План по ликвидации барьеров в секторе здравоохранения»**

---

## Нормативно-правовая база

В соответствии с международным правом страны несут конкретные обязательства по соблюдению, защите и обеспечению права людей с инвалидностью на здоровье. Государства, действуя совместно с людьми с инвалидностью и представляющими их организациями, должны провести пересмотр или анализ всех соответствующих положений законодательства и программ, которые затрагивают право людей с инвалидностью на медицинское обслуживание. В ходе этого процесса государства-участники могут выявить области, нуждающиеся в реформировании или доработке, что может стать основой для создания всеобъемлющей нормативно-правовой базы для реализации права людей с инвалидностью на здоровье. При разработке новой нормативно-правовой базы необходимо подготовить план реализации и предусмотреть процессы мониторинга и оценки (см. модуль по национальным планам действий).

При оценке нормативно-правовой базы необходимо, в частности, обратить внимание на следующие сферы.

## Роль врачей, медсестер и административного персонала

Медицинским работникам как представителям одной из помогающих профессий отводится особенно важная роль в этой области. Именно поэтому крайне важно, чтобы сотрудники медицинских служб были в полной мере осведомлены о потребностях людей с инвалидностью в период их пребывания в учреждениях здравоохранения. Организации по делам людей с инвалидностью не только заявляют о необходимости изучения прав и потребностей людей с инвалидностью, но вновь обращают внимание на то, что в учреждениях здравоохранения по-прежнему существуют отношенческие барьеры, включая покровительственное отношение со стороны работников первичного звена и отсутствие у них необходимого уровня компетенций. Негативное отношение и вредные установки в значительной степени препятствуют оказанию медицинских услуг людям с инвалидностью. Меры по обеспечению по-настоящему инклюзивных медицинских услуг должны быть направлены на устранение отношенческих барьеров, включая просвещение медицинских работников на тему прав людей с инвалидностью. Отношенческие барьеры могут крайне негативно отражаться на качестве медицинского обслуживания, причем в первую очередь эта проблема касается людей с нарушениями обучаемости и психического здоровья, которые уже давно сталкиваются с непониманием, страхами и стигматизацией.

В сфере здравоохранения крайне важно повышать уровень осведомленности медицинских работников первичного звена, которые взаимодействуют с людьми с инвалидностью на ежедневной основе. Повышение осведомленности является значимым фактором укрепления организационного и личного потенциала в части оказания целого комплекса медицинских услуг, которые позволят людям с инвалидностью вести полноценную жизнь в обществе в соответствии с принципами инклюзивности.

## Физическая доступность

При возникновении проблем со здоровьем люди с инвалидностью не могут посещать больницы или поликлиники, которые расположены в физически недоступных зданиях. Поэтому для обеспечения реализации права людей с инвалидностью на услуги здравоохранения необходимо выработать широкомасштабные решения для проблемы доступности, например, в том, что касается входов в здания и медицинские помещения, соответствующего оборудования, туалетов, а также транспортировки в учреждение здравоохранения. При решении проблемы доступности особое внимание следует уделять вопросам ориентации внутри учреждения здравоохранения, включая заполнение регистрационных анкет, расположение сидений в приемных и получение информации о том, когда можно войти в кабинет для приема.

## Информационные барьеры

Информация о медицинских услугах редко публикуется в форматах, которые могут быть доступны для людей с инвалидностью. В результате такие люди не знают о том, какие услуги существуют и каким образом можно получить к ним доступ, в связи с чем возникают следующие вопросы:

- 1) насколько услуги в связи с инвалидностью, услуги по охране психического здоровья и обслуживание в целом, предоставляемые людям с инвалидностью, соответствуют их истинным потребностям;
- 2) каково качество получаемого информированного согласия на лечение.

Люди с инвалидностью часто остаются не охваченными программами по санитарному просвещению и популяризации здорового образа жизни.

## Экономические барьеры

Экономические и финансовые факторы существенным образом препятствуют доступу людей с инвалидностью к услугам здравоохранения. Финансовые барьеры негативно отражаются на доступности медицинского обслуживания для всего населения в целом, однако люди с инвалидностью могут сталкиваться с дополнительными проблемами в отношении своего здоровья и благополучия. Инвалиды с низким уровнем дохода чаще оказываются лишены доступа к медицинской помощи из-за финансовых ограничений. Уровень доступности услуг здравоохранения для тех, кто в состоянии их оплатить, и для тех, кто не имеет на это средств, значительно различается. Во многих странах такие вспомогательные устройства, как костыли, слуховые аппараты и очки для чтения, доступны лишь для тех людей, которые могут за них заплатить.

## Обеспечение участия организаций по делам людей с инвалидностью

При предоставлении, организации и разработке медицинских и социальных услуг необходимо руководствоваться тем, что важно для пользователей услуг по их собственному мнению. В секторе здравоохранения уровень вовлеченности и участия

пользователей услуг по-прежнему остается достаточно низким, несмотря на то, что сегодня происходит постепенное осознание важности создания эффективных форм участия. Этот тезис соответствует КПИ, в которой говорится о необходимости консультироваться с людьми с инвалидностью представляющими их организациями при принятии решений в области законодательства, политики и составления программ (ст. 4, п. 3).

Для создания сектора здравоохранения, который будет в полной мере отвечать всем принципам инклюзивности, государственным должностным лицам необходимо проводить консультации со всеми категориями людей с инвалидностью и представляющими их организациями и обеспечивать их участие на всех этапах разработки, осуществления, мониторинга и оценки политики в области здравоохранения. Уже признано, что универсального подхода, который мог бы применяться в отношении любых услуг здравоохранения, не существует и что обстоятельства каждого района или страны, равно как и их потребности в медицинских услугах, носят уникальный характер и отличаются от всех остальных.

Организации по делам людей с инвалидностью могут внести значимый вклад в развитие следующих областей:

- ▶ обучение врачей, медсестер и медицинских работников;
- ▶ разработка доступных медицинских услуг;
- ▶ консультации по обеспечению доступности антропогенной среды;
- ▶ консультации по обеспечению доступности средств коммуникации;
- ▶ выработка стратегий интеграции;
- ▶ оказание поддержки семьям лиц и пациентов с инвалидностью.

В каждой больнице или поликлинике может быть назначен координатор, который будет отвечать за вопросы доступности для людей с инвалидностью и выступать в качестве источника информации и посредника при взаимодействии с сообществом людей с инвалидностью, семьями пациентов с инвалидностью и другими людьми. Организации по делам людей с инвалидностью должны принимать участие во всех мероприятиях по информационной работе с организациями гражданского общества, проводимых в связи с использованием услуг здравоохранения.

### **Поддержка организаций по делам людей с инвалидностью**

Многим организациям по делам людей с инвалидностью удалось обеспечить собственное развитие, несмотря на отсутствие какой бы то ни было последовательной поддержки для их сотрудников и организационных структур. Министерства и ведомства здравоохранения и социальной сферы, работающие в партнерстве с организациями по делам людей с инвалидностью, могут помогать таким организациям обеспечивать внедрение таких процессов

## ПЕРЕДОВАЯ ПРАКТИКА: ПОДДЕРЖКА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧАСТИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ДЕЛАМ ИНВАЛИДОВ

### БАНГЛАДЕШ

*WISH2ACTION: организация по делам инвалидов, выступающая за обеспечение услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья с учетом нужд и потребностей<sup>28</sup>*

В период с сентября 2018 года по август 2021 года организация «Хандикап интернэшнл» осуществляла в Бангладеш проект WISH2ACTION, цель которого заключалась в том, чтобы сделать услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья доступными людям с инвалидностью за счет вовлечения сообществ и внесения изменений в национальную политику. В рамках проекта WISH2ACTION вместо создания новых сетей максимально эффективно использовались возможности существующих структур ОВП на национальном и общинном уровне для реализации мероприятий проекта, включая:

- распространение информации об услугах в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья для людей с инвалидностью;
- лоббирование создания групп по связям с населением, призванных обеспечить доступность услуг на уровне общин;
- пропаганда услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья с учетом нужд и потребностей людей с инвалидностью и поддержка обучения навыкам оказания таких услуг;
- информационно-пропагандистская деятельность на уровне учреждений здравоохранения в целях приведения инфраструктуры и услуг учреждений здравоохранения в соответствие с нуждами людей с инвалидностью;
- представительство людей с инвалидностью на уровне общинных структур (например, районных комитетов управления) для информирования о проблемах, с которыми сталкиваются такие люди при попытках воспользоваться услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также оказание поддержки при выработке возможных решений.

Благодаря работе с организациями по делам людей с инвалидностью проекту WISH2ACTION удалось увеличить число людей с инвалидностью, пользующихся услугами в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Кроме того, организации по делам людей с инвалидностью смогли улучшить свои навыки в части активной пропаганды услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья

---

<sup>28</sup> Выдержка из: Faruk Ahmed Jalal et al., Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project (Bangladesh), August 2021). © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh.

для людей с инвалидностью, что привело к изменению моделей общественного поведения и позволило женщинам с инвалидностью более уверенно «высказываться по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и защите своих прав». Одновременно с обучением членов организаций по делам людей с инвалидностью по теме охраны сексуального и репродуктивного здоровья представители проекта WISH2ACTION также занимались решением общих проблем, связанных с ограниченностью таких ресурсов, как ограниченная доступность финансирования и обучения, что помогло группам расширить сферу своей деятельности и оказать поддержку людям с инвалидностью.

## Институциональные структуры для обеспечения доступа к услугам здравоохранения

Люди с инвалидностью должны иметь возможность воспользоваться медицинскими услугами в рамках общей системы здравоохранения. Национальные институциональные структуры должны прилагать все усилия для надлежащего предоставления медицинских услуг людям с инвалидностью. Во многих случаях проблемами инвалидности занимается преимущественно профильное министерство, обычно министерство по социальным вопросам. Министерство здравоохранения во многих странах отвечает за всесторонний учет инвалидности на уровне всех соответствующих служб системы здравоохранения и за более широкомасштабное внедрение последних достижений медицины и хирургии, призванных помочь людям с инвалидностью вести более полноценную и активную жизнь.

Всесторонний учет в контексте здравоохранения способствует интеграции людей с инвалидностью и ликвидации барьеров, которые лишают их доступа к медицинским услугам, предоставляемым населению в целом. Всесторонний учет предполагает внесение соответствующих корректив в услуги, политику, практические методы, инфраструктуру и механизмы оказания медицинских услуг, с тем чтобы люди с инвалидностью могли добиться полной интеграции и активного и беспрепятственного участия в рамках сектора здравоохранения и пользоваться всеми достижениями медицинской науки и технологий. Более того, поскольку инвалидность остается частью жизни человека на всех ее этапах, услуги здравоохранения должны быть доступны для людей с инвалидностью в любой момент их жизненного пути.

В КПИ говорится о необходимости создания i) национальной структуры для ее реализации и мониторинга (ст. 33), состоящей из одной или нескольких «инстанций» в правительстве, ii) возможного создания «координационного механизма» для поощрения, защиты и мониторинга за осуществлением настоящей Конвенции, и iii) назначения или создания независимого механизма мониторинга. Необходимо использовать возможности этой структуры, которая также призвана обеспечивать участие людей с инвалидностью и представляющих их организаций, для поддержки реализации прав на здоровье и обеспечения согласованности соответствующих усилий в масштабах всего правительства.

## Составление бюджета

Экономическая недоступность услуг здравоохранения и транспорта — это две основные причины, по которым люди с инвалидностью, проживающие в странах с низким уровнем дохода, не получают необходимую медицинскую помощь. Правительства многих стран мира испытывают трудности с обеспечением надлежащих ресурсов для финансирования служб здравоохранения. Нередко за ограниченные ресурсы, выделяемые в рамках бюджетов сектора здравоохранения, ведется очень жесткая борьба, а услуги, предоставляемые больницами общего профиля, не удовлетворяют потребности людей с инвалидностью. Во многих странах имеющийся бюджет сектора здравоохранения не позволяет существенным образом повысить качество обслуживания людей с инвалидностью. Тем не менее правительства могут улучшить показатели здоровья людей с инвалидностью за счет повышения экономической доступности медицинских услуг путем максимально эффективного использования имеющихся ресурсов.

Во многих развитых и развивающихся странах наблюдается значительное увеличение ассортимента и разнообразия медицинских и персональных социальных услуг, предоставляемых частными поставщиками медицинских услуг. В странах, где на рынке частных медицинских услуг и финансирования здравоохранения доминирующее положение занимают частные компании медицинского страхования, правительствам следует обеспечить охват людей с инвалидностью страховыми полисами и рассмотреть меры, которые позволят сделать для них взносы в систему медицинского страхования экономически доступными. Правительствам следует использовать финансовые стимулы для того, чтобы побудить поставщиков медицинских услуг обеспечить доступность таких услуг и проводить комплексные оценки, лечение и последующее наблюдение. Правительствам также следует рассмотреть варианты сокращения или отмены платежей из собственных средств для людей с инвалидностью, которые не имеют других источников финансирования своих потребностей в медицинских услугах.

## Сбор данных об оказании услуг здравоохранения людям с инвалидностью

Многие страны зачастую не располагают доступными данными о том, как часто люди с инвалидностью пользуются услугами здравоохранения. В ряде стран измерение такого показателя, как обращение людей с инвалидностью за услугами здравоохранения, проводится очень редко. Общие обследования не предусматривают полной или последовательной дезагрегации данных об инвалидности, с тем чтобы иметь возможность провести детальный анализ социальных, экономических и демографических факторов, связанных с инвалидностью в секторе здравоохранения. В соответствии с КПИ государства-участники обязаны производить сбор надлежащей информации, включая статистические и исследовательские данные, чтобы иметь возможность разрабатывать и осуществлять стратегии по внедрению инклюзивных медицинских услуг и защиты других прав, гарантированных данным международным договором.

По данным ВОЗ, «в настоящее время наблюдается нехватка достоверных и сопоставимых данных и исследований в области инвалидности и услуг здравоохранения на национальном и глобальном уровнях. Сегодня проводится лишь сбор данных о смертности, однако стратегически значимые данные о функционировании систем и проблемах инвалидности при этом отсутствуют. Национальные системы сбора данных, которые могут включать переписи, опросы населения и административные реестры данных, часто не предусматривают сбора данных об инвалидности. Люди с инвалидностью часто исключаются из испытаний, направленных на выявление научных фактических данных о результатах медицинских вмешательств. Отсутствие фактических данных существенным образом ограничивает возможности для принятия решений и, в свою очередь, негативно влияет на доступ людей с инвалидностью к основным видам медицинского обслуживания и специализированным услугам»<sup>29</sup>.

Согласно ВОЗ, к данным, необходимым для укрепления систем здравоохранения, относятся следующие: численность людей с инвалидностью и состояние их здоровья; социальные и экологические барьеры, включая дискриминацию; отклик систем здравоохранения на нужды людей с инвалидностью; использование услуг здравоохранения людьми с инвалидностью; потребности в реабилитации и абилитации и уровень удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей в уходе. Дальнейшая разбивка этих данных по полу, возрасту, доходу или роду занятий важна для выявления закономерностей, тенденций и другой информации о «подгруппах» людей с инвалидностью<sup>30</sup>.

## ПЕРЕДОВАЯ ПРАКТИКА: СБОР ДАННЫХ

### БАНГЛАДЕШ

*Местные органы власти используют базу данных получателей помощи в рамках проекта WISH2ACTION для оказания поддержки людям с инвалидностью*<sup>31</sup>

По итогам встреч между представителем районной службы социального обеспечения и председателем сельского совета Салимпура района Ситакунда была выявлена нехватка достоверных данных о проживающих в этом районе людях с инвалидностью. В целях минимизации выявленных пробелов организация «Хандикап интернэшнл» предоставила властям и другим соответствующим заинтересованным сторонам список получателей помощи в рамках проекта WISH2ACTION, подготовленный командой проекта на основе данных, собранных с помощью опросника Вашингтонской группы (WGQ). С тех пор местные органы власти и другие заинтересованные стороны

---

<sup>29</sup> См. ВОЗ. Цель 3: повысить эффективность сбора актуальных и сопоставимых на международном уровне данных об инвалидности и поддерживать исследования в области инвалидности и оказание сопутствующих услуг.

<sup>30</sup> WHO: Disability and Rehabilitation Team: [www.who.int/disabilities](http://www.who.int/disabilities).

<sup>31</sup> Faruk Ahmed Jalal et al., Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project (Bangladesh), August 2021. © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh.

используют указанную базу данных при реализации своих инициатив по поддержке людей с инвалидностью.

## Достижения медицинской науки и техники: получение доступа к вспомогательным устройствам и технологиям

В соответствии с КПИ государства-участники должны поощрять наличие, знание и использование относящихся к абилитации и реабилитации ассистивных устройств и технологий, предназначенных для людей с инвалидностью.

По данным ВОЗ, абилитация и реабилитация могут снизить негативное воздействие широкого спектра патологий (таких как заболевания и травмы). Во Всемирном докладе ВОЗ об инвалидности они описываются как комплекс мер, призванных помочь людям, которые столкнулись или с высокой долей вероятности могут столкнуться с проблемой инвалидности, обеспечить и поддерживать оптимальное функционирование при взаимодействии с окружающей средой. Такие меры, которые включают в себя медицинское обслуживание, терапию и ассистивные технологии, должны проводиться как можно раньше и как можно ближе к местам проживания людей с инвалидностью.

В последние годы в области ассистивных технологий, предназначенных для людей с инвалидностью, наблюдается значительный прогресс:

- ▶ Люди с ограниченными физическими возможностями передвижения могут использовать такие вспомогательные средства, как инвалидные коляски, скутеры, ходунки, трости, костыли, протезы и ортопедические приспособления для обретения большей мобильности.
- ▶ Люди с нарушениями слуха могут воспользоваться слуховыми аппаратами, чтобы лучше слышать.
- ▶ Когнитивная помощь, включая компьютерные или электрические вспомогательные устройства, может быть необходима людям, испытывающим трудности с функционированием после черепно-мозговой травмы.
- ▶ Компьютерные программные и аппаратные средства, такие как программы распознавания голоса, программы для чтения с экрана и приложения для увеличения экрана, помогают людям с нарушениями подвижности и сенсорными нарушениями пользоваться различными компьютерными технологиями<sup>32</sup>.
- ▶ Вспомогательные устройства, такие как автоматические переворачиватели страниц, держатели для книг и адаптированные держатели для карандашей, позволяют учащимся с инвалидностью участвовать в учебном процессе как в классе, так и в других условиях.
- ▶ Благодаря скрытым субтитрам люди с нарушениями слуха могут смотреть фильмы и телевизионные передачи.

---

<sup>32</sup> Дополнительная информация о примерах вспомогательных ИТ приводится в модуле, посвященном информационно-коммуникационным технологиям (ИКТ) в контексте инвалидности.

- ▶ Улучшить доступность можно за счет устранения или коррекции физических барьеров, которые существуют в общественных зданиях, на предприятиях и рабочих местах и могут быть устранены или изменены для улучшения доступности. К числу таких изменений могут относиться пандусы, автоматические открыватели дверей, поручни и более широкие дверные проемы.
- ▶ С помощью адаптивных выключателей ребенок с ограниченными двигательными навыками может пользоваться игрушками и различными видами игр.
- ▶ Предназначение множества различных устройств состоит в том, чтобы помочь людям с инвалидностью выполнять различные бытовые задачи, например готовить пищу, одеваться и приводить себя в порядок. Существуют специальные кухонные принадлежности, которые снабжены большими мягкими ручками, чтобы ими могли пользоваться люди со слабыми руками или артритом. Дозаторы лекарственных средств с сигнальным устройством могут напоминать людям о необходимости вовремя принимать лекарства. Люди, которые передвигаются на инвалидных колясках, могут использовать выдвижные приспособления, чтобы дотянуться до предметов на полках.
- ▶ Благодаря доступу к таким вспомогательным технологиям люди с инвалидностью могут более успешно вести самостоятельную жизнь и принимать участие в жизни общества. Однако, по имеющимся оценкам, во многих странах с низким и средним уровнем дохода доступ к ассистивным устройствам и технологиям имеют лишь от 5 до 15 процентов людей, которые в них нуждаются<sup>33</sup>.

## Реабилитация на уровне общины

КПИ определяет право людей с инвалидностью жить в пределах своих общин (ст. 19). Реабилитация на уровне общины (РУО) направлена на повышение качества жизни людей с инвалидностью и их семей, удовлетворение основных потребностей и обеспечение их социальной интеграции и участия в жизни общества. Она представляет собой многосекторальную стратегию, которая расширяет возможности людей с инвалидностью в плане доступа к образованию, занятости, здравоохранению и социальным услугам и получения соответствующих выгод. Это стратегия, которая проводится в рамках общего развития общества и направлена на реабилитацию, выравнивание возможностей и социальную интеграцию всех детей и взрослых с инвалидностью.

РУО является результатом совместных усилий самих людей с инвалидностью, их семей и общин, а также соответствующих медицинских, образовательных, профессиональных и социальных служб<sup>34</sup>. Первоначально в основе РУО лежала медицинская модель,

---

<sup>33</sup> WHO (2012). Assistive devices/technologies: what WHO is doing: World Health Organization; 2012 [19 June 2012]. URL: <http://www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>.

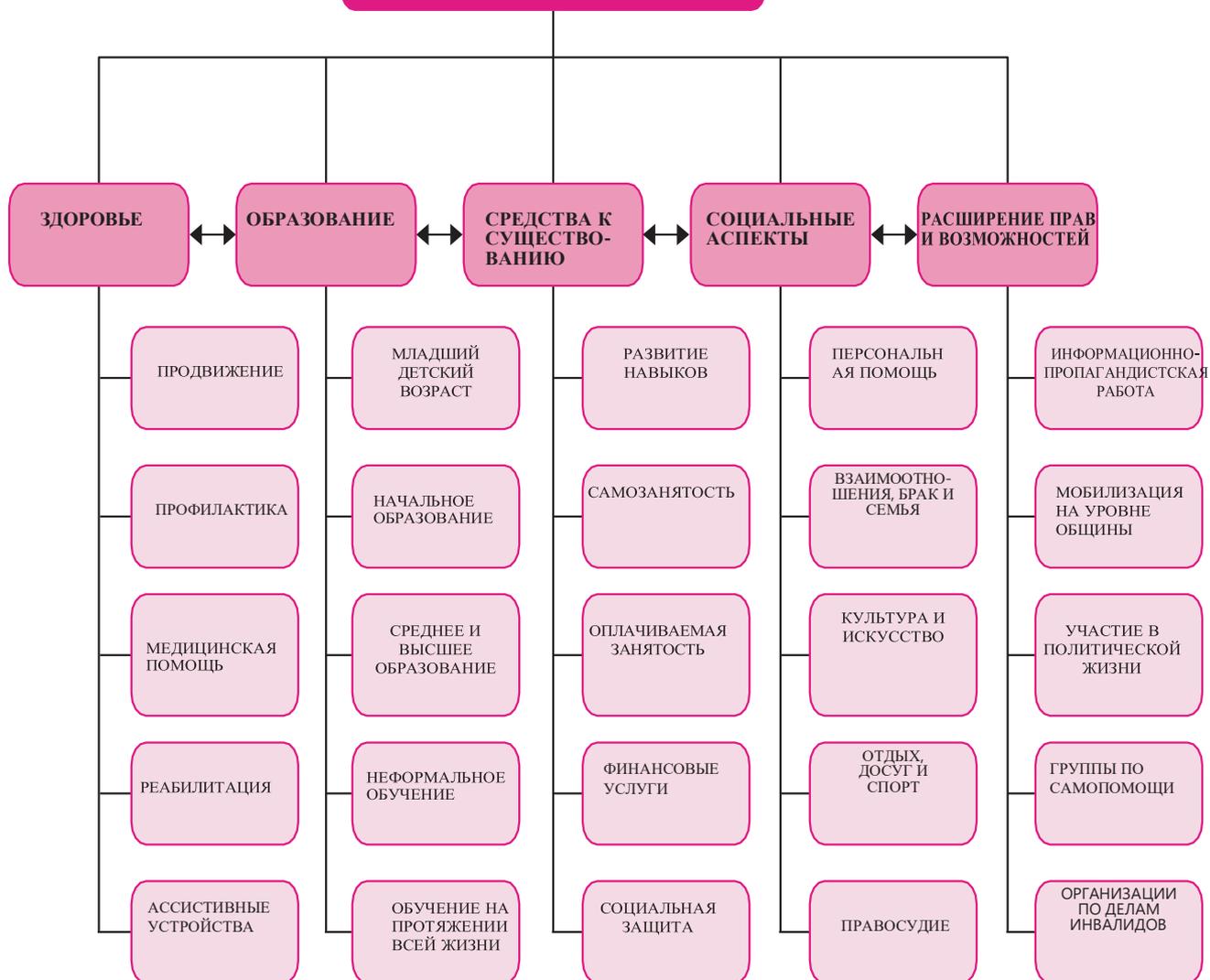
<sup>34</sup> ILO, UNESCO, WHO, CBR: A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of Persons with Disabilities, Joint Position Paper (2004), p. 2, URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389_eng.pdf).

однако постепенно приоритеты сместились в сторону подхода, основанного на защите прав людей с инвалидностью. Таким образом, основное внимание в рамках РУО теперь уделяется не медицинской реабилитации, а таким более комплексным многосекторальным подходам, как обеспечение доступа к здравоохранению, образованию, профессионально-техническому обучению и программам получения дохода, а также участие и вовлечение в жизнь общества. Очень важно также обеспечить i) непосредственное участие людей с инвалидностью в планировании и реализации программ РУО; ii) расширение сотрудничества между секторами, предоставляющими услуги; iii) поддержку правительства при разработке национальной политики. Однако, поскольку все сообщества различаются по таким параметрам, как социально-экономические условия, физические особенности местности, культура и политические системы, ни одна модель РУО не может отвечать потребностям всех без исключения стран или частей отдельной страны. РУО является важнейшим компонентом общественного развития<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> См. ВОЗ, ЮНЕСКО, МОТ, Международный консорциум по вопросам инвалидности и развития, «Реабилитация на уровне общины, Руководство по РУО», URL: [www.who.int/disabilities](http://www.who.int/disabilities).

# МАТРИЦА РУО



В рамках РУО необходимо:

- 1) руководствоваться правозащитным подходом, который направлен на расширение прав и возможностей людей с инвалидностью и членов их семей;
- 2) с самого начала вовлекать в процесс людей с инвалидностью, их родственников и организации, представляющие их интересы;
- 3) предоставить ключевым заинтересованным сторонам доступ к информации по всем вопросам, включая ВИЧ и СПИД;
- 4) придерживаться комплексного подхода в отношении людей с инвалидностью;
- 5) выступать за принятие соответствующих законов и программ;
- 6) укреплять возможности людей с инвалидностью по самостоятельной защите своих интересов;
- 7) разрабатывать долгосрочные и краткосрочные планы совместно со всеми заинтересованными сторонами, т. е. РУО должна носить «стратегический характер»;
- 8) обеспечить отражение проблематики инвалидности во всех программах развития в рамках сотрудничества со всеми секторами;
- 9) принимать во внимание особенности местной культуры, местные ресурсы и практические методы;
- 10) решать проблемы бедности, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью и члены их семей.

Эти элементы могут быть использованы и в других странах.

Источник: *Community-Based Rehabilitation (CBR) as a Participatory Strategy in Africa*, Cornell University ILR School, 2002, available at: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/60>.

Уход на уровне общин и индивидуальные социальные услуги в широком смысле можно охарактеризовать как услуги, благодаря которым люди имеют возможность оставаться в своих общинах, особенно если такая жизнь для них становится более трудной по причине болезни, инвалидности или возраста. Главным условием, от которого зависит обеспечение недискриминации и равного доступа к медицинским и индивидуальным социальным услугам, является повышение уровня осведомленности о потребностях и правах людей с инвалидностью. Для этого необходимо проводить консультации и обеспечивать участие людей с инвалидностью на всех этапах разработки политики, планирования и реализации программ. Участие организаций по делам людей с инвалидностью в планировании с самого начала способствует последовательному повышению эффективности политики и программы на всех уровнях

## ПЕРЕДОВАЯ ПРАКТИКА: РУО

### ИЗРАИЛЬ

*Министерство здравоохранения: программа SES («Услуги по поддержке образования»)<sup>36</sup>*

В 2010 году министерство здравоохранения Израиля в рамках пакета реабилитационных мер приступило к реализации программы SES («Услуги по поддержке образования»), предназначенной для лиц с тяжелыми психическими расстройствами в возрасте от 18 до 55 лет. Программа SES, за реализацию которой отвечают различные поставщики услуг и университеты, предполагает, что участники разрабатывают индивидуальный план реабилитации и совместно с профессиональными координаторами занимаются решением учебных, эмоциональных и социальных проблем, с которыми им приходится сталкиваться в процессе учебы.

Программа SES появилась благодаря ряду законов и политики в области психического здоровья, разработанных Израилем после принятия в 2000 году закона о реабилитации психического здоровья. В соответствии с положениями закона программа SES состоит из следующих четырех частей:

- наставничество в сфере высшего образования, предназначенное для студентов, которые уже получают высшее образование;
- услуги дополнительного образования, включающие курсы по повышению навыков владения ивритом и компьютерной грамотности;
- курс подготовки к поступлению в вузы;
- интеграция людей в соответствующие сообщества в целях сокращения цифрового разрыва.

Министерство проводит мониторинг качества обслуживания на ежемесячной основе. Кроме того, пользователи услуг ежегодно заполняют анкету для оценки результатов. Затем министерство вводит полученные данные в модель корзины качества, цель которой состоит в том, чтобы стимулировать поставщиков услуг повышать качество своей работы.

Некоммерческая организация «Джойнт Израиль», Институт национального страхования и Министерство социального обеспечения в настоящее время разрабатывают подобные проекты для других категорий лиц с инвалидностью.

---

<sup>36</sup> [Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries](#), BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

## ИОРДАНИЯ

### *Общество Аль-Хуссейн: программа подготовки к школе*<sup>37</sup>

Иорданская НПО «Общество Аль-Хусейн» проводит интенсивный годичный курс подготовки детей с инвалидностью в возрасте от 6 до 10 лет к обучению в общеобразовательных школах. В рамках этой программы команда, состоящая из разных специалистов, оказывает индивидуальные услуги по поддержке обучения детей, включая терапию и ассистивные технологии. В соответствии с программой специалисты по коррекционно-развивающему обучению работают вместе с семьями над составлением индивидуальных планов обучения, чтобы помочь детям подготовиться и сдать вступительные экзамены, которые являются обязательным условием поступления в первый класс для учащихся с инвалидностью. При этом программа призвана не только помочь с поступлением в школу, но и активизировать участие детей в жизни общества и развивать их социальные навыки. С момента запуска программы в 2009 году в общеобразовательные школы смогли поступить в среднем 65 процентов таких детей. В 2018/19 учебном году этот показатель вырос почти до 85 процентов.

## ГАЗА, ОККУПИРОВАННЫЕ ПАЛЕСТИНСКИЕ ТЕРРИТОРИИ

### *Реабилитационный центр Палестинского общества Красного Полумесяца: «Хан Юнис»*<sup>38</sup>

Медицинские и оздоровительные услуги, оказываемые реабилитационными центрами Палестинского общества Красного Полумесяца (ПООКП), положительно повлияли на жизнь тысяч людей с инвалидностью. Помимо медицинских программ для людей с инвалидностью и лиц, получивших травмы, ПООКП предлагает такие услуги, как реабилитация, образование, профессионально-техническая подготовка, восстановительные процедуры и другие социальные программы. Центры ПООКП предлагают следующие четыре категории услуг реабилитации на уровне общины.

- **Программа «Родитель и ребенок»:** услуги по лечебно-терапевтическому вмешательству в раннем детском возрасте и развитие навыков, благодаря которым родители смогут поддерживать развитие ребенка с инвалидностью в домашних условиях.
- **Специальные программы обучения для детей с множественными и тяжелыми нарушениями здоровья:** посещение на дому или занятия в целях формирования жизненных навыков и обучения аспектам повседневной жизнедеятельности.
- **Профессионально-техническая подготовка:** занятия на базе центра по таким темам, как общинное обучение, навыки письма, навыки обращения с денежными средствами и аспекты повседневной жизни.

---

<sup>37</sup> [Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries](#), BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

<sup>38</sup> Выдержки из: [Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East, 2009](#)). [www.makingitwork-crp.org/sites/default/Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East](http://www.makingitwork-crp.org/sites/default/Access%20to%20Social%20Services%20for%20Persons%20with%20Disabilities%20in%20the%20Middle%20East).

- **Специализированный детский сад:** программы для детей, которые могут поступить в общеобразовательные школы, и программы для детей, не способных учиться в обычной школе.

Детский сад центра зарегистрирован в министерстве образования. Все остальные подразделения прошли сертификацию на уровне министерства социального обеспечения. ПООКП не взимает плату за обслуживание. Однако клиенты центра должны оплачивать номинальную стоимость услуг физиотерапии и логопедии, а также стоимость проезда на автобусе, который доставляет пациентов до центра. Специалисты разрабатывают планы лечения совместно с семьями пациентов. Кроме того, центр успешно сотрудничает с другими заинтересованными сторонами в сфере инвалидности и поставщиками дополнительных услуг и участвует в деятельности региональных сетей и в учебных мероприятиях.

## ДОМИНИКАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

*Инновационная политика 2020 в области инклюзивного образования и ИКТ:  
700 центров для детей младшего возраста действуют по всей стране<sup>39</sup>*

С 2015 года Национальный институт всеобъемлющего ухода за детьми младшего возраста (INAIFI) использует модель комплексного ухода за детьми младшего возраста для предоставления услуг в области образования, здравоохранения и питания семьям детей (в возрасте от 45 дней до 5 лет) с инвалидностью и детей, не имеющих инвалидности, при посредстве многочисленных детских центров здоровья. Недостаточная информированность, отсутствие контроля со стороны родителей и медицинского персонала, нехватка специалистов и недостаточное число учреждений, которые занимаются оказанием профильной помощи, приводят к тому, что многие маленькие дети с инвалидностью в Доминиканской Республике не проходят диагностику в раннем возрасте. Две главные задачи центра заключаются в выявлении случаев инвалидности и обеспечении поддержки и равных возможностей для детей с инвалидностью. В частности, ассистенты и координаторы по вопросам образования наблюдают за ранними признаками отклонения от нормального развития и направляют ребенка для получения соответствующей поддержки (например, терапевтической помощи, получения специального оборудования). С помощью тренингов и обучения для родителей центр также стремится предотвращать насилие и способствовать тому, чтобы семьи лучше понимали и принимали детей с инвалидностью.

## ИНДИЯ

*Неправительственная организация «Амар Сева Сангам»: подготовка работников по реабилитации на уровне общины<sup>40</sup>*

---

<sup>39</sup> Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries, BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

<sup>40</sup> Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries, BUTCHER, Thomas et al, January 2020.

Поскольку нехватка квалифицированных специалистов и большие расстояния до городов приводят к недостаточной доступности услуг по раннему лечебно-терапевтическому вмешательству для детей в сельских районах Индии, НПО «Амар Сева Сангам» приступила к реализации программы обучения и запустила специальное приложение для работников по реабилитации на уровне общины. На сегодняшний день НПО обучила более 1800 работников по РУО навыкам раннего лечебно-терапевтического вмешательства на дому для помощи детям в возрасте от 0 до 6 лет. Сначала такие работники проходят трехдневный курс профорientации, за которым следует десятидневная программа базовой подготовки, в рамках которой специалисты по реабилитации, включая физиотерапевтов и специальных педагогов, обучают базовым знаниям и проводят наглядные демонстрации. Кроме того, специалисты по реабилитации и работники по РУО вместе посещают каждого ребенка на ежемесячной основе, чтобы обеспечить терапию для ребенка и проводить обучение как для работников по реабилитации на уровне общины, так и для родителей. Мобильное приложение по реабилитации в форме раннего лечебно-терапевтического вмешательства на базе деревень позволяет работникам по РУО, а также местным детским и медицинским специалистам получить доступ к постоянной поддержке со стороны специалистов по реабилитации и учебным модулям в целях повышения уровня собственной квалификации и просвещения семей тех детей, которым они помогают. Приложение также позволяет работникам по РУО осуществлять план лечения, а специалистам — отслеживать прогресс в развитии двигательных, когнитивных и речевых навыков и навыков мобильности.

## Вопросы для стран

Какие альтернативные модели могут успешно использоваться вместо нижеперечисленных практик в вашем собственном регионе?

- Помещение детей с инвалидностью или детей, ставших сиротами из-за инфекционных заболеваний, таких как малярия и ВИЧ/СПИД, в детские дома. Каким может быть альтернативное решение на базе общины?
- Пребывание детей с инвалидностью дома и отказ от посещения ими школы из-за опасений по поводу рисков жестокого обращения или недоступности школ. В чем заключаются возможные варианты решения проблемы социальной изоляции и отсутствия школьного образования?
- Содержание взрослых с нарушениями психического здоровья в изолированных лагерях или психиатрических больницах с минимальной поддержкой или без какой бы то ни было поддержки. Какой может быть альтернатива на базе общины?

### 3. РЕЗЮМЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ

---

Повышенное внимание, которое уделяется сегодня таким задачам, как всеобъемлющая интеграция людей с инвалидностью и борьба с дискриминацией, создало важные предпосылки для формирования более инклюзивных медицинских услуг для людей с инвалидностью. Требования людей с инвалидностью, организаций по делам людей с инвалидностью, их защитников и членов их семей, настаивающих на предоставлении более качественных, доступных и соразмерных услуг, заставили обслуживающие организации задуматься о всестороннем учете таких услуг и об инструментах, которые позволили бы поддержать и активизировать интеграцию и вовлечение людей с инвалидностью во все сферы жизни общества. Это также свидетельствует о более глубоком понимании и осведомленности об опыте людей с инвалидностью, связанным с получением доступа к медицинским услугам, а также о негативном влиянии существующих барьеров на независимость, самостоятельность, здоровье и благополучие таких людей. В результате поставщики медицинских услуг были вынуждены проводить консультации с людьми с инвалидностью и обеспечивать их участие в планировании и предоставлении услуг.

Всем заинтересованным сторонам необходимо приложить существенные усилия для того, чтобы добиться актуализации медицинских услуг, переориентировать сектор здравоохранения на социальную модель инвалидности и привлекать людей с инвалидностью в качестве активных участников не только процесса охраны собственного здоровья, но и принятия стратегических решений, касающихся финансирования и планирования медицинских услуг.

## 4. ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ

---

- Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East, 2009. [www.makingitwork-crpd.org > sites > default Access to Social Services for Persons with Disabilities in ...](http://www.makingitwork-crpd.org/sites/default/files/Access%20to%20Social%20Services%20for%20Persons%20with%20Disabilities%20in%20the%20Middle%20East.pdf)
- One Billion Strong, HIV/AIDS, Disability and Discrimination: A Thematic Guide to Law, Policy and Programming (2012).
- Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project (Bangladesh) Faruk Ahmed Jalal et al., August 2021. © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh.
- UNAIDS, World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights, Policy Brief: Disability and HIV (2009).
- Организация Объединенных Наций, Декларация о правах инвалидов, принята резолюцией 3447 Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 года
- Организация Объединенных Наций, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи от 17 декабря 1991 года
- Организация Объединенных Наций, Вопросы существа, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Двадцать вторая сессия, замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья, 11 августа 2000 года E/C.12/2000/4, CESCR, Двадцать вторая сессия. Женева: Организация Объединенных Наций.
- ВОЗ, Оттавская хартия укрепления здоровья. Женева: (1998) ВОЗ
- ВОЗ, «Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ». Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген: (1999), ВОЗ.
- WHO Reducing Inequalities in Health - proposals for health promotion policy and action, Consensus Statement, European Committee for Health Promotion Development, WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: (1999) WHO
- WHO, Rethinking Care from the Perspective of Disabled People, Conference and Report and Recommendations, WHO Disability and Rehabilitation Team, WHO: (2001) Geneva
- WHO, Mental Health: New Understanding, New Hope, WHO: (2001) Geneva.

- WHO, Government responses to the implementation of the UN Standard Rules on medical care, rehabilitation, support services and personnel training: Main Report, WHO: (2001) Geneva.
- WHO, Rethinking Care from the Perspective of Disabled People, Conference and Report and Recommendations, WHO Disability and Rehabilitation Team, WHO: (2001) Geneva.
- WHO and USAID, Joint Position Paper on the Provision of Mobility Devices in Less-Resourced Settings, (2011)
- World Bank, “Disability and HIV/AIDS at a Glance – A World Bank Factsheet” (Nov. 2004)
- World Bank, Global Survey on HIV/AIDS and Disability (April 2004).
- Всемирный банк и Всемирная организация здравоохранения, Всемирный доклад об инвалидности (2011).
- Zero Project Report 2020: Inclusive education. 75 Innovative Practices and 11 Innovative Policies from 54 countries, BUTCHER, Thomas et al, January 2020

## 5. ЗАНЯТИЯ

---

### **План сессии для тренера. «Право на здоровье», сессия 1**

Техническое содержание 2.В: «Нормативно-правовая база»

Занятие 2.В: «Взаимосвязь между правами»

Раздаточный материал: «Статья 25 КПИ»

### **План сессии для тренера. «Право на здоровье», сессия 2**

### **План сессии для тренера. «Право на здоровье», сессия 2**

Занятие 2.Д: «План по ликвидации барьеров в секторе здравоохранения»

Раздаточный материал: «Факторы, препятствующие доступу людей с инвалидностью к услугам здравоохранения»

## План сессии для тренера. «Право на здоровье», сессия 1

<b>Основные тезисы</b>	См. резюме и основные тезисы.
<b>Цели</b>	К концу этой сессии участники должны будут рассмотреть основные положения КПИ, касающиеся услуг здравоохранения.
<b>Организация помещения</b>	Стол для работы в небольших группах по 4 человека. Круглый стол/расставленные в виде круга стулья для проведения пленарной дискуссии.
<b>Деятельность</b>	30 минут — введение в тему и технические материалы. 30 минут — групповая работа в рамках занятия 2.В. 30 минут — обратная связь по итогам пленарного заседания и дискуссия
<b>Продолжительность</b>	90 минут
<b>Примечания для учебной группы</b>	Обязательно используйте последующую беседу для групповой работы для того, чтобы приводить примеры, касающиеся конкретных стран и обстоятельств и тем самым побуждать участников к обмену опытом.
<b>Листы с заданиями</b>	Занятие 2.В: «Взаимосвязь между правами»
<b>Раздаточные материалы</b>	Раздаточный материал: «Статья 25 КПИ»

## Занятие 2.В. Взаимосвязь между правами

**Цель:** рассмотреть основные положения КПИ, касающиеся услуг здравоохранения.

Слово «здоровье» упоминается в КПИ 20 раз: помимо статей 25 о здоровье и 26 об абилитации и реабилитации оно один раз упоминается в преамбуле, где признается важность «доступности физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, а также информации и связи, поскольку она позволяет людям с инвалидностью в полной мере пользоваться всеми правами человека и основными свободами». Оно также фигурирует в статье 16 о свободе от эксплуатации, насилия и надругательства, в статье 22 о неприкосновенности частной жизни и в статье 27 о труде и занятости.

Во время работы в своих группах внимательно изучите текст статьи 25 и подумайте над ответами на следующие вопросы:

1. Какие права человека способствуют обеспечению права людей с инвалидностью на здоровье?
2. Какие права человека могут стать результатом успешного осуществления права на здоровье людьми с инвалидностью?
3. Какие нормативные рамки (правовые или политические) в ваших странах или организациях могут успешно способствовать осуществлению права людей с инвалидностью на здоровье?

**У вас есть 30 минут на обсуждение этого вопроса в своих группах. Будьте готовы представить краткую обратную связь на пленарной сессии.**

Государства-участники признают, что люди с инвалидностью имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья. В частности, государства-участники:

- a) обеспечивают инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья и по линии предлагаемых населению государственных программ здравоохранения;
- b) предоставляют те услуги в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику, а в подходящих случаях — коррекцию и услуги, призванные свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности, в том числе среди детей и пожилых;
- c) организуют эти услуги в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах;
- d) требуют, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах инвалидов за счет обучения и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения;
- e) запрещают дискриминацию в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и страхования жизни, если последнее разрешено национальным правом, и предусматривают, что оно предоставляется на справедливой и разумной основе;
- f) не допускают дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области либо получении пищи или жидкостей по причине инвалидности.

## План сессии для тренера. «Право на здоровье», сессия 2

<b>Основные тезисы</b>	См. резюме и основные тезисы.
<b>Цели</b>	К концу этой сессии участники разработают ряд стратегий по устранению факторов, препятствующих интеграции людей с инвалидностью в сферу услуг здравоохранения.
<b>Организация помещения</b>	Столы для работы в небольших группах по 4 человека. Круглый стол/расставленные в виде круга стулья для проведения пленарной дискуссии.
<b>Деятельность</b>	40 минут — групповая работа в рамках занятия 2.D 20 минут — доклады (4 × 5 минут) 30 минут — вопросы и ответы; дискуссия
<b>Продолжительность</b>	90 минут
<b>Примечания для учебной группы</b>	<p>В раздаточных материалах перечислены четыре фактора, которые препятствуют получению медицинских услуг людьми с инвалидностью. Каждой группе присваивается один из четырех факторов.</p> <p>После завершения докладов групп в течение последних 30 минут обсудите работу каждой группы и устраните любые пробелы в знаниях, которые были выявлены в процессе занятия.</p> <p>Применение: <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/</a></p>
<b>Листы с заданиями</b>	Занятие 2.D: «План по ликвидации барьеров в секторе здравоохранения»
<b>Раздаточные материалы</b>	Раздаточный материал: «Факторы, препятствующие доступу людей с инвалидностью к услугам здравоохранения»

**Цель:** разработать ряд стратегий по устранению факторов, препятствующих интеграции людей с инвалидностью в сферу услуг здравоохранения.

### Часть 1

Вашей группе был поручен один из факторов, препятствующих получению медицинских услуг. Представьте, что вы отвечаете за организацию совещания, посвященного поиску решения этой проблемы: совещание может быть проведено на местном уровне при участии организаций по делам людей с инвалидностью и лидеров общин, на базе такого учреждения, как больница или поликлиника, или на национальном уровне при участии разработчиков политики.

Сосредоточьте внимание на предлагаемой проблеме и объедините усилия того, чтобы разработать список приглашенных лиц, повестку дня и возможные решения этой проблемы. При организации дискуссии руководствуйтесь следующими вопросами:

1. В чем заключается фактор, о котором идет речь? Как он влияет на людей с инвалидностью?
2. Какую цель (цели) вы надеетесь достичь по итогам этого совещания?
3. Кого вам следует пригласить на это совещание? Как эти люди могут помочь в достижении поставленной цели?
4. Какие решения вы предложите для устранения этого ограничивающего фактора? На кого может быть возложена ответственность за реализацию каждой конкретной части решения, чтобы обеспечить его внедрение и эффективность?

### Часть 2

Поскольку вы должны будете представить свой план на пленарной сессии, используйте имеющиеся материалы для визуального оформления вашего доклада.

В вашем докладе обязательно присутствовать ответы на все перечисленные выше вопросы.

**У вас есть 40 минут на выполнение части 1. Продолжительность вашего доклада не должна превышать 5 минут.**

Дополнительная информация приводится здесь: Fact Sheet 352, WHO:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

### **Чрезвычайно высокие расходы**

Экономическая недоступность медицинских услуг и транспорта — это две основные причины, по которым в странах с низким уровнем дохода люди с инвалидностью не получают необходимую им медицинскую помощь; если среди людей без инвалидности медицинское обслуживание не могут позволить себе 32—33%, то для людей с инвалидностью этот показатель составляет 51—53%.

### **Ограниченная доступность услуг**

Отсутствие соответствующих услуг для людей с инвалидностью является значительным препятствием для получения медицинской помощи. Так, например, исследование, проведенное в индийских штатах Уттар-Прадеш и Тамил Наду, показало, что отсутствие услуг на уровне районов является вторым по значимости ограничением для обращения в учреждения здравоохранения после фактора расходов.

### **Физические барьеры**

Неравномерная доступность зданий (больницы, медицинские центры), недоступное медицинское оборудование, ненадлежащие информационные указатели, узкие дверные проемы и внутренние ступеньки, ненадлежащие санузлы и недоступные парковки создают барьеры для доступа в медицинские учреждения. Например, женщины с инвалидностью передвижения часто не могут пройти обследование на рак груди и шейки матки, поскольку смотровые столы не регулируются по высоте, а оборудование для маммографии рассчитано только на тех женщин, которые могут стоять.

### **Недостаточные навыки и знания медицинских работников**

Люди с инвалидностью более чем в два раза чаще, чем люди без инвалидности, сообщают о том, что навыки медицинских работников не соответствуют их потребностям, в четыре раза чаще жалуются на ненадлежащее обращение и почти в три раза чаще получают отказ в медицинской помощи.

## ВОЗ. Как защитить себя и окружающих от COVID-19

- **Держитесь от людей на расстоянии как минимум 1 метра** для снижения риска инфицирования, особенно если у них кашель, насморк и повышенная температура. При нахождении внутри помещения необходимо соблюдать дополнительную дистанцию. Чем на большем расстоянии вы остаетесь, тем безопаснее.
- **Выработайте привычку носить маску в людных местах.** С тем чтобы обеспечить максимальную эффективность применения масок, их необходимо надлежащим образом использовать, хранить, обрабатывать и утилизировать.

### Основные правила ношения масок представлены ниже:

- Если вы надели или сняли маску либо прикоснулись к ней, проведите гигиеническую обработку рук.
- Наденьте маску так, чтобы она закрывала нос, рот и подбородок.
- После снятия маски кладите ее в чистый полиэтиленовый пакет; тканевые маски необходимо ежедневно стирать, а медицинские маски необходимо утилизировать с бытовым мусором.
- Не следует применять маски с клапанами.
- *Подробные сведения о том, в каких случаях и как следует носить маску, представлены в разделе [часто задаваемых вопросов](#) и в наших [видеороликах](#). Кроме того, подготовлен отдельный раздел вопросов и ответов в отношении [использования масок детьми](#).*
- *Научная информация о том, как происходит заражение COVID-19 и каким образом реагирует организм человека, представлена в этом [интервью](#).*
- *Специальные рекомендации для лиц, принимающих решения, представлены в [техническом руководстве ВОЗ](#).*

### Как обеспечить безопасное эпидемиологическое окружение

- **Избегайте «трех К»: крытых помещений, в которых люди держатся кучно или контактируют.**
  - Сообщается о вспышках заболевания среди гостей ресторанов, участников хоровых коллективов, посетителей фитнес клубов, ночных клубов, офисов и культовых зданий, зачастую с анамнезом пребывания в закрытых помещениях, в которых люди громко разговаривают, кричат, интенсивно дышат или поют.
  - При длительном пребывании большого количества людей в непосредственной близости друг от друга в плохо вентилируемых помещениях возрастает риск заражения COVID-19. Очевидно, в подобных условиях вирус более эффективно распространяется через капельные частицы или аэрозоли, в связи с чем возрастает важность принятия профилактических мер.

- **Проводите встречи на улице.** Встреча с людьми на улице значительно безопаснее, чем в помещении, особенно в случае, если площадь помещения невелика, а естественная вентиляция неудовлетворительна.
  - *Подробные рекомендации в отношении проведения мероприятий, таких как празднование дня рождения, игра детей в футбол или семейные встречи, представлены в разделе [«Вопросы и ответы: мероприятия с небольшим количеством участников»](#).*
- **Избегайте людных мест и закрытых помещений**, а если это невозможно, соблюдайте профилактические меры:
  - **Откройте окна.** При нахождении внутри помещения необходимо усилить естественную вентиляцию.
  - ВОЗ опубликовала часто задаваемые вопросы о вентиляции и кондиционировании воздуха как для [широкой общественности](#), так и для [лиц, ответственных за эксплуатацию общественных пространств и зданий](#).
  - **Носите маску** (подробнее см. выше).

### Не забывайте об элементарных правилах гигиены

- **Регулярно обрабатывайте руки спиртосодержащим средством или мойте их с мылом.** Эта мера позволит устранить возможное микробное загрязнение рук, в том числе вирусное.
- **По возможности не трогайте руками глаза, нос и рот.** Человек прикасается руками ко многим поверхностям, поэтому существует вероятность попадания на них вирусных частиц. Оказавшись на руках, вирусные частицы могут попадать в глаза, нос или рот. С этих частей тела вирус может внедряться в организм и вызывать заболевание.
- **Прикрывайте рот или нос сгибом локтя или салфеткой при кашле или чихании.** Использованную салфетку нужно сразу же выбросить в бак с закрывающейся крышкой и вымыть руки. Строго соблюдая правила респираторной гигиены, вы можете защитить окружающих от заболеваний, вызванных вирусами, например, ОРВИ, гриппа и COVID-19.
- **Проводите регулярную обработку и дезинфекцию поверхностей, особенно тех, к которым часто прикасаются люди**, например, дверных ручек, кранов и дисплеев телефонов.

### Действия при появлении плохого самочувствия

- **Убедитесь, что вам известен спектр симптомов COVID 19.** К наиболее распространенным симптомам COVID 19 относятся повышение температуры тела, сухой кашель и утомляемость. К другим, менее распространенным симптомам, которые встречаются у ряда пациентов, относятся утрата вкусовых ощущений или утрата обоняния, различные болевые ощущения, головная боль, боль в горле, чувство заложенности носа, покраснение глаз, диарея или кожная сыпь.

- **Даже если у вас слабо выраженные симптомы заболевания, например, кашель, головная боль, небольшое повышение температуры, оставайтесь дома на самоизоляции** до выздоровления. Обратитесь за помощью к поставщику услуг здравоохранения или на «горячую линию». Договоритесь, чтобы кто-то ходил за вас в магазин. Если вам необходимо выйти из дома или в случае, если вы проживаете вместе с кем-либо, пользуйтесь медицинской маской, чтобы не заразить окружающих.
- **При повышении температуры, появлении кашля и затруднении дыхания как можно быстрее обращайтесь за медицинской помощью. По возможности сначала обратитесь за помощью по телефону** и следуйте указаниям местных органов здравоохранения.
- **Следите за актуальной информацией из доверенного источника, такого как ВОЗ или местные либо центральные органы общественного здравоохранения.** Местные и центральные органы здравоохранения могут выдать наиболее подходящие рекомендации о мерах индивидуальной защиты для жителей вашей местности.

**Источник: WHO ([www.WHO.int](http://www.WHO.int)), WHO: Disability and Rehabilitation Team.  
[www.who.int/disabilities](http://www.who.int/disabilities)**