



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
8 May 2019
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Сорок первая сессия

24 июня – 12 июля 2019 года

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,
гражданских, политических, экономических,
социальных и культурных прав,
включая право на развитие**

Посещение Кыргызстана

Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья* **

Резюме

Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Дайнюс Пурас посетил Кыргызстан с 22 по 31 мая 2018 года. Кыргызстан имеет все возможности для дальнейшего укрепления своей политики и услуг в области здравоохранения; однако для сохранения этой позиции ему потребуется современный правозащитный подход к здравоохранению. В условиях твердой политической воли, эффективной политики и положительного опыта основными вызовами, стоящими перед Кыргызстаном на пути полной реализации права на физическое и психическое здоровье, будут эффективная реализация и устойчивость. Реализация этой задачи связана с поощрением транспарентности и необходимостью борьбы с сохраняющейся коррумпированной и неэффективной практикой. Для этого правительству следует разработать долгосрочную стратегию и взять на себя ответственность за осуществление программ, разработанных в рамках международного сотрудничества, обеспечивая их продолжение и устойчивость посредством выделения национальных ресурсов. К числу сохраняющихся конкретных вызовов относятся осуществление различных прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, дискриминационная практика в сфере здравоохранения и необходимость постепенной деинституционализации служб охраны психического здоровья и социального обеспечения. Равноправным партнером правительства в этих усилиях должно стать гражданское общество.

* Резюме доклада распространяется на всех официальных языках. Сам доклад, содержащийся в приложении к резюме, распространяется только на том языке, на котором он был представлен, и на русском языке.

** В связи с обстоятельствами, не зависящими от представителя, было решено издать настоящий доклад после стандартной даты его опубликования.



Приложение

Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья о его поездке в Кыргызстан

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
II. Право на здоровье	3
A. Справочная информация	3
B. Нормативная и институциональная основа	5
C. Национальная система здравоохранения	7
III. Психическое здоровье	13
IV. Здравоохранение в местах лишения свободы: туберкулез и потребление наркотиков	15
V. Права на сексуальное и репродуктивное здоровье	17
VI. Выводы и рекомендации	21

I. Введение

1. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Дайнюс Пукас посетил Кыргызстан 22–31 мая 2018 года по приглашению правительства. Цель визита заключалась в том, чтобы в духе диалога и сотрудничества выяснить, каким образом в стране реализуется право на здоровье.
2. В ходе своей поездки Специальный докладчик встретился с высокопоставленными правительственными должностными лицами и представителями соответствующих центральных и местных органов здравоохранения. Он также встретился с Омбудсменом и представителями национального превентивного механизма, международных организаций и широкого круга групп гражданского общества, включая медицинский персонал.
3. Специальный докладчик посетил различные медицинские учреждения в Бишкеке, Джалал-Абаде и Оше, включая психиатрическую больницу, две тюремные больницы и медицинские службы в следственном изоляторе и женской тюрьме. Он также посетил школу, ряд общинных и местных центров первичной медико-санитарной помощи и психоневрологическое учреждение.
4. Специальный докладчик выражает признательность правительству Кыргызстана за приглашение и оказанное ему всемерное содействие в ходе поездки. Он высоко оценивает важную поддержку, оказываемую Региональным отделением Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека для Центральной Азии, и полезную помощь, оказанную страновой группой Организации Объединенных Наций.

II. Право на здоровье

A. Справочная информация

5. Кыргызстан был первой республикой Центральной Азии, провозгласившей независимость от Советского Союза. Он стал независимым государством в августе 1991 года после распада Советского Союза. С тех пор Кыргызстан осуществил реформы, направленные на становление рыночной экономики и демократического общества, в том числе в контексте различных экономических, финансовых и политических кризисов, с которыми он столкнулся в разные периоды времени.
6. В апреле 2010 года гражданские беспорядки привели к формированию временного правительства и принятию новой Конституции, которая была принята на референдуме в июне того же года. Конституция, в частности, сократила президентские полномочия в пользу парламента и премьер-министра. Несмотря на вспышку межэтнического насилия в Джалал-Абаде и Оше в июне 2010 года, стране удалось постепенно вернуться к экономической и политической стабильности. В 2015, 2016 и 2017 годах в мирной обстановке были проведены выборы. Однако ряд включенных в Конституцию прогрессивных мер был ограничен поправками, утвержденными на референдуме в декабре 2016 года. Эти поправки были направлены, в частности, на укрепление исполнительной власти, сокращение независимости судебной власти и ограничение конституционного надзора за исполнительной и законодательной ветвями власти.
7. С момента обретения Кыргызстаном независимости экономика остается стабильной, но сильно зависимой от других экономик и подверженной влиянию глобальных кризисов. Структура экономики за прошедшие годы существенно изменилась. В 1990 году она была разделена в равной степени между сельским хозяйством, промышленностью и сферой услуг. Однако с тех пор сектор услуг постоянно рос при сокращении доли сельского хозяйства, и на него приходилась

примерно половина рабочей силы в 2013 году и половина добавленной стоимости в 2014 году. Промышленность далека от своего уровня 1990 года¹.

8. На сегодняшний день экономика в значительной степени зависит от денежных переводов граждан Кыргызстана, включая медицинский персонал, которые мигрировали из страны в поисках работы, особенно в Российскую Федерацию и Казахстан. В 2016 году на денежные переводы приходилось 34,5% валового внутреннего продукта (ВВП)², что является самой высокой долей в мире. Эмиграция способствовала росту заработной платы в стране и сокращению масштабов нищеты по доходам и неравенства доходов, помогая стране добиться прогресса в достижении сформулированной в Декларации тысячелетия цели 1 в области развития, касающейся искоренения крайней нищеты³, – цели, которая сохраняется в более категоричной форме в качестве цели 1 в области устойчивого развития, касающейся повсеместной ликвидации нищеты во всех ее формах. Доля лиц, живущих за чертой бедности, сократилась с 62,6% в 2000 году до 31,7% в 2008 году. В период с 2008 по 2016 год этот показатель оставался выше 30%, после чего он снизился до 25,4%. К лучшему изменился также показатель неравенства в доходах: коэффициент Джини снизился с 0,54 в 1993 году до 0,23 в 2015 году⁴.

9. Страна также добилась значительного прогресса в плане индекса человеческого развития, который вырос с 0,618 в 1990 году до 0,672 в 2017 году, в результате чего Кыргызстан был отнесен к категории стран со средним уровнем развития человеческого потенциала. В период 1990–2017 годов увеличилась ожидаемая продолжительность жизни при рождении (на 4,8 года), а также количество лет обучения (на 2,3 года) и ожидаемая продолжительность обучения (на 1,4 года)⁵. Две последние величины связаны с целью 2 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, касающейся обеспечения всеобщего начального образования, и целью 4 в области устойчивого развития, касающейся обеспечения всеохватного и справедливого качественного образования и поощрения возможности обучения на протяжении всей жизни для всех.

10. В 2015 году было объявлено, что государство достигло сформулированной в Декларации тысячелетия цели 4 в области развития, касающейся сокращения смертности детей в возрасте до пяти лет. В последние годы Кыргызстан уделяет особое внимание качеству ухода за детьми в специализированных больницах первого уровня и внедряет стандарты оказания медицинской помощи⁶. В период 1990–2016 годов показатель смертности детей в возрасте до пяти лет снизился на две трети, а показатель неонатальной смертности за тот же период сократился вдвое – с 24 до 12 смертей⁷.

11. Что касается материнского здоровья в контексте цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, и задачи 3.1 цели 3 в области устойчивого развития, касающейся обеспечения здорового образа жизни и содействия благополучию для всех в любом возрасте, то Кыргызстан постепенно снижает

¹ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), *2018 Development Pathways: Social Protection System Review of Kyrgyzstan*, June 2018, p. 26.

² World Bank, “Migration and remittances. Recent development and Outlook. Special topic: global compact on migration”, April 2017, p. 3.

³ United Nations Development Programme (UNDP) *Kyrgyzstan, MDG Acceleration Framework: improving maternal health in the Kyrgyz Republic*, November 2013, p. 14.

⁴ OECD, *2018 Development Pathways*, pp. 24 and 32.

⁵ UNDP, “Human development indices and indicators. Briefing note for countries on the 2018 statistical update: Kyrgyzstan”, p. 2.

⁶ Многогранная оценка реализации прав детей в медицинской помощи в больницах в 2012–2014 годы, охватывающая 11 больниц Кыргызстана, показала, что Кыргызстан является единственным государством, принявшим, распространяющим и применяющим Конвенцию о правах ребенка. Вторая оценка продемонстрировала эффективные изменения, проведенные в целях устранения многих недостатков, выявленных в ходе первой оценки. См. Fernandes Guerreiro et al., “Assessing and improving children’s rights in hospitals: case studies from Kyrgyzstan, Tajikistan, and Moldova”, *Harvard Health and Human Rights Journal*, vol. 18, No. 1 (June 2016).

⁷ См. www.unicef.org/kyrgyzstan/health-and-child-survival.

коэффициент материнской смертности. По данным органов Организации Объединенных Наций и Всемирного банка, этот показатель колебался, составив 74 на 100 000 живорождений в 2000 году, 85 – в 2005 году, 84 – в 2010 году и 76 – в 2016 году⁸. Несмотря на это медленное улучшение, страна, тем не менее, имеет один из самых высоких коэффициентов материнской смертности в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

12. Необходимо активизировать работу по достижению сформулированной в Декларации тысячелетия цели 6 в области развития, касающейся борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.

13. Хотя в последние годы общий уровень бедности снизился, большинство людей в Кыргызстане продолжают жить чуть выше черты бедности⁹. Несмотря на продолжающиеся усилия по сохранению системы социальной защиты, существовавшей при Советском Союзе, в период 1990–2017 годов уровень жизни, измеряемый по валовому национальному доходу на душу населения, снизился примерно на 4,8%¹⁰.

14. Доступ к экономическим и социальным правам, таким как право на здоровье, зависит не только от уровня бедности по доходам, но и от других факторов, включая местоположение. В Кыргызстане уровень лишений (а именно, отсутствие предметов первой необходимости или активов, к которым человек привык в течение длительного периода времени) остается высоким в сельских районах, где услуги часто предоставляются, но не обеспечены достаточными ресурсами.

15. Имеет место значительное неравенство между семьями с низким уровнем доходов и семьями с высоким уровнем доходов. Уровень смертности детей в возрасте до пяти лет в 1,6 раза выше в сельских районах, чем в городских, а показатели смертности новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет в квинтиле с самым низким уровнем дохода более чем вдвое выше, чем в квинтиле с самым высоким уровнем дохода¹¹. Предотвратимая детская смертность непропорционально высока в отдаленных районах, причем более 80% из них приходится на первый год жизни в результате диареи, пневмонии или осложнений во время перинатального периода ухода.

В. Нормативная и институциональная основа

16. Кыргызстан является участником большинства международных договоров по правам человека, в том числе процедур рассмотрения жалоб в соответствии с Международным пактом о гражданских и политических правах и Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Он также согласился с процедурами расследования в соответствии с Конвенцией против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания и Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

17. Кыргызстан находится в процессе ратификации Конвенции о правах инвалидов, которую он подписал в 2011 году, и ему еще предстоит ратифицировать процедуры рассмотрения жалоб в соответствии с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах и Конвенцией о правах ребенка. Он не подписал и не ратифицировал Международную конвенцию для защиты всех лиц от насильственных исчезновений.

⁸ World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank and United Nations Population Division, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015* (2015), p. 73. По оценкам Республиканского медико-информационного центра, эти показатели ниже.

⁹ В 2015 году 77% населения проживало либо за чертой бедности, либо чуть выше этой черты (см. OECD, *2018 Development Pathways*, pp. 27–28).

¹⁰ UNDP, "Human development indices and indicators", p. 2.

¹¹ См. www.unicef.org/kyrgyzstan/health-and-child-survival.

18. Специальный докладчик подчеркивает, что ратификация Конвенции о правах инвалидов является крайне необходимым шагом, который будет способствовать активизации уже начатой работы по постепенной ликвидации барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды. Он с удовлетворением отметил, что на момент подготовки настоящего доклада процесс ратификации находился в стадии осуществления.

19. Кыргызстан ратифицировал Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака и основные конвенции Организации Объединенных Наций по контролю над наркотиками. Поездки в страну совершили мандатарии различных специальных процедур. Две последние поездки были совершены Специальным докладчиком по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания (см. A/HRC/19/61/Add.2) и Специальным докладчиком по вопросу о торговле детьми и сексуальной эксплуатации детей, включая детскую проституцию, детскую порнографию и изготовление прочих материалов о сексуальных надругательствах над детьми (см. A/HRC/25/48/Add.1). В сентябре 2018 года Кыргызстан также принял Подкомитет по предупреждению пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

20. Кыргызстан прошел процедуру универсального периодического обзора в 2010 и 2015 годах; следующий обзор запланирован на январь 2020 года. В ходе последнего обзора в 2015 году (см. A/HRC/29/4) Кыргызстан получил высокую оценку, в частности, за его готовность сотрудничать с международными правозащитными механизмами, начатые реформы в целях осуществления вынесенных в ходе предыдущего обзора рекомендаций и создание координационного совета по правам человека. Была выражена обеспокоенность в связи с увеличением числа лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом, увеличением числа детей, помещаемых в учреждения по уходу вследствие нищеты, насилием в отношении женщин, а также лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов, ранними браками, похищением невест и ограниченным прогрессом в деле примирения этнических групп.

21. Кыргызстан принял ряд рекомендаций, вынесенных в ходе универсального периодического обзора. Связанные с правом на здоровье рекомендации включают расширение доступа ВИЧ-инфицированных матерей к надлежащему медицинскому обслуживанию и лечению для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку и продолжение борьбы с бытовым насилием и насилием в отношении женщин с уделением особого внимания превентивным и профилактическим мерам (см. A/HRC/29/4). Вынесенная различными государствами рекомендация о том, чтобы Кыргызстан направил постоянное приглашение всем мандатариям специальных процедур Совета по правам человека, не была принята государством.

22. Принятие в 2010 году Конституции способствовало укреплению стандартов в области прав человека, хотя прогресс в этой области был ограничен поправками, принятыми в декабре 2016 года. Была исключена содержавшаяся в статье 6 ссылка на международные договоры по правам человека, имеющие преимущественную силу над другими международными договорами, а статья 16 была переработана, и теперь предусматривает, что основные права и свободы являются частью высших ценностей Кыргызстана, тогда как ранее они рассматривались как имеющие высшую ценность. Кроме того, положение статьи 36, разрешающее вступать в брак и создавать семью лицам старше возраста согласия, было заменено формулировкой о том, что семья создается только на основе добровольного союза мужчины и женщины, достигших возраста согласия и вступивших в брак. Это дискриминационное и регрессивное положение, которое негативно сказывается на сообществе лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров.

23. Другие правозащитные принципы, такие как равенство, в том числе между женщинами и мужчинами, и недискриминация по различным признакам (пол, раса, язык, инвалидность, этническое происхождение, религия, возраст, политические или иные взгляды, образование, происхождение, имущественное или иное положение и другие характеристики) по-прежнему поддерживаются в пересмотренной Конституции. Принцип наилучшего обеспечения интересов ребенка закреплён в Конституции, включая защиту права каждого ребенка на достаточный жизненный

уровень для его физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития.

24. В Конституции закреплено право на здоровье, включая положения, касающиеся его основополагающих факторов. Статья 47 закрепляет право каждого на охрану здоровья и обязанности государства как по развитию сектора здравоохранения, так и по предоставлению бесплатных медицинских услуг в рамках установленных законом государственных гарантий. Статья 22 включает положения об информированном согласии, такие как запрет на проведение медицинских, биологических или психологических опытов с лицами без их выраженного и проверенного добровольного согласия. Статья 9 гарантирует гражданам, находящимся в социально уязвимом положении, минимальный уровень охраны здоровья и труда, а статья 48 гласит, что каждый имеет право на здоровую окружающую среду и компенсацию за ущерб здоровью или имуществу, причиненный в результате природопользования.

25. Национальная система здравоохранения регулируется широкой национальной законодательной базой. Эта система включает законы об общественном здравоохранении, безопасности пищевых продуктов и безопасности воды, а также ряд правительственных постановлений и распоряжений Министерства здравоохранения. Наиболее важными законодательными актами, регулирующими национальную систему здравоохранения, являются Закон «Об охране здоровья граждан» (январь 2005 года), Закон «Об организации здравоохранения» (август 2004 года) и Закон «Об общественном здравоохранении» (июль 2009 года). В число дополнительных законов, касающихся реализации права на здоровье, входят законы «О репродуктивных правах граждан», «О мерах по предупреждению причинения вреда здоровью детей, их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О защите здоровья граждан от вредного воздействия табака и его потребления», «Об охране труда» и «О психическом здоровье»¹².

26. Основным органом, ответственным за разработку, осуществление и оценку политики в области охраны здоровья, в том числе в области медицинского ухода и укрепления здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия, финансирования, организации и кадрового обеспечения системы здравоохранения, обеспечения населения медикаментами, медицинской науки и образования и обязательного медицинского страхования, является Министерство здравоохранения. Министерство участвует в процессе планирования с учетом социально-экономических, демографических, эпидемиологических и других данных. Хотя система здравоохранения является одним из приоритетных направлений финансирования, она по-прежнему недофинансируется, инфраструктура здравоохранения развита слабо, а медучреждения стареют, что также характеризуется отсутствием современного оборудования и износом основных фондов. Кроме того, в рамках политики в области здравоохранения не разработаны надлежащим образом механизмы осуществления, мониторинга и подотчетности.

С. Национальная система здравоохранения

27. Кыргызстан унаследовал от Советского Союза централизованную систему здравоохранения, которая гарантировала бесплатное медицинское обслуживание и доступ населения к целому ряду услуг. При этом она также унаследовала систему, в рамках которой приоритетное внимание уделяется не профилактике заболеваний, а стационарному лечению и уходу, а также значительный географический дисбаланс в плане доступа и качества. С момента обретения Кыргызстаном независимости в системе здравоохранения были проведены три основные реформы: «Манас» (1996–2005 годы), «Манас таалими» (2006–2010 годы) и «Ден соолук» (2012–2016 годы, позднее продленная до 2018 года). Специальный докладчик был

¹² WHO Regional Office for Europe and Ministry of Health of Kyrgyzstan, *Results of the self-assessment of essential public health operations in the Kyrgyz Republic: April–September 2016* (Bishkek, 2017), p. 1.

проинформирован о том, что на момент его посещения государство работало над стратегией сектора здравоохранения четвертого поколения, которая позволит решать новые проблемы, связанные с ростом распространенности неинфекционных заболеваний, и одновременно ускорить прогресс на пути ко всеобщему охвату услугами здравоохранения.

28. В недавнем прошлом Кыргызстан был назван пионером в проведении реформ в области здравоохранения в связи с ранним созданием системы единого плательщика (фонда обязательного медицинского страхования), созданием базового пакета льгот (пакета государственных пособий), продвижением семейной медицины и приоритетным вниманием, уделяемым государством финансированию сектора здравоохранения.

29. Благодаря реформам здравоохранения сместился акцент со стационарного на амбулаторное лечение, и в частности на первичное медико-санитарное обслуживание. Были созданы центры семейной медицины и группы семейных врачей в качестве первого этапа контакта с системой здравоохранения. Реструктуризации также подверглись многие больницы. В результате этого, например, сократилось число госпитализаций с 25,8 на 100 человек в 1988 году до 14,1 в 2015 году¹³. Вместе с тем дальнейшего внимания по-прежнему требуют вопросы, связанные с помещением детей в детские больницы и чрезмерным лечением.

30. В рамках реформ также были введены обязательные взносы по линии медицинского страхования, создан фонд обязательного медицинского страхования и учреждена система единого плательщика. В 2001 году Кыргызстан ввел пакет гарантированных государством льгот на медицинское обслуживание, доплаты за конкретные услуги и тесты, а также механизм освобождения от оплаты услуг. В настоящее время этот механизм охватывает 16 медицинских категорий, включая ВИЧ, туберкулез и уход по беременности и родам, и 30 социально уязвимых групп, включая детей в возрасте до 5 лет и лиц старше 70 лет, домохозяйства с «социальным паспортом»¹⁴, получателей государственных пособий и ежемесячных денежных выплат. Необходимо улучшать транспарентность с целью повышения уровня информированности граждан об их правах.

31. Первоначально реформы системы здравоохранения привели к сокращению фактических расходов на медицинское обслуживание. Однако после 2009 года фактические расходы стали расти более высокими темпами и быстрее, чем рост общего бюджета домохозяйств на душу населения. Основу выплат из собственных средств составляют расходы на лекарства для амбулаторных больных. Кроме того, возросли неофициальные выплаты, производимые во время госпитализации, хотя и не составляющие значительной части фактических расходов. Эта ситуация побудила Всемирный банк и ВОЗ рекомендовать пересмотреть пакет гарантированных государством льгот и усилить контроль над фармацевтическим рынком в стране¹⁵. Рекомендации, в частности относительно пересмотра пакета гарантированных государством льгот, были приняты во внимание государством при разработке стратегии здравоохранения «Здоровый человек — процветающая страна» на 2019–2030 годы.

¹³ OECD, *2018 Development Pathways*, p. 54.

¹⁴ Документ, выдаваемый малообеспеченной семье и подтверждающий соответствие необходимым критериям для того, чтобы считать ее бедной. Паспорт также содержит ряд демографических данных о владельце, включая данные об общем финансовом положении (доходе и имуществе), уровне образования, поле, возрасте, физическом состоянии (с указанием инвалидности, препятствующей получению дохода) и потенциале социальной мобильности (т. е. способности перейти на более высокий социальный уровень).

¹⁵ World Bank and WHO, “Den Sooluk national health reform programme: joint review summary note”, April 2017.

32. В настоящее время национальная система здравоохранения предлагает три вида страхования: гарантируемый государством пакет льгот¹⁶, предусматривающий бесплатный доступ к первичной медико-санитарной помощи для всего населения и освобождение от сооплаты; программа обязательного медицинского страхования предусматривающая конкретные виды сооплаты и участия в финансировании; и добровольное медицинское страхование с частными страховщиками, предусматривающее ограниченное число специализированных услуг и другие виды страхования, помимо медицинского страхования. Как гарантированный государством пакет льгот, так и программа обязательного медицинского страхования управляются Фондом обязательного медицинского страхования. Возможность отказа от участия в фонде отсутствует; поэтому планы добровольного медицинского страхования вряд ли будут расширяться.

33. К учреждениям первичной медико-санитарной помощи в Кыргызстане¹⁷ относятся центры семейной медицины, состоящие из группы семейных врачей или фельдшерско-акушерских пунктов. Центры семейной медицины существуют отдельно от больниц и предоставляют бесплатные медицинские услуги всем приписанным к ним лицам. В некоторых районах центры семейной медицины по-прежнему связаны с больницами, и в этом случае они называются центрами общей врачебной практики. В районах, где имеются центры семейной медицины, больницы обычно не предоставляют амбулаторных услуг, но в редких случаях они их предоставляют на основе сооплаты.

34. Бесплатное первичное медико-санитарное обслуживание включает в себя доступ к лабораторным исследованиям и медицинским консультациям, в том числе по вопросам грудного вскармливания. Первичная медико-санитарная помощь также включает в себя предоставление некоторых лекарств в рамках дополнительной программы.

35. Специальный докладчик подтверждает наличие неизменной политической воли инвестировать в первичную медико-санитарную помощь и принимать меры по обеспечению устойчивости всей системы здравоохранения. О прогрессе в этом направлении свидетельствуют сокращение детской смертности и профилактика и лечение инфекционных заболеваний, в частности туберкулеза. Хотя государственное финансирование все в большей степени направляется на оказание первичной медико-санитарной помощи семьям, службы здравоохранения по-прежнему сталкиваются с проблемой удержания медицинских работников, особенно в сельских районах.

1. Транспарентность в системе здравоохранения и роль медицинского персонала

36. В ходе своих поездок в медицинские учреждения и большинства встреч с государственными должностными лицами и заинтересованными сторонами Специальный докладчик был проинформирован о том, что неофициальные платежи за медицинские услуги по-прежнему являются распространенной практикой в Кыргызстане. Группы, находящиеся в уязвимом положении, в непропорционально большей степени страдают от этой системы, поскольку они сталкиваются с наибольшими трудностями при осуществлении неофициальных платежей.

37. Борьба с сохраняющейся коррупционной практикой и повышение транспарентности на всех уровнях системы здравоохранения являются одним из ключевых факторов реализации права на физическое и психическое здоровье. Отсутствие транспарентности, усугубляемое нечеткостью правил предоставления

¹⁶ Гарантированный государством пакет льгот предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи, амбулаторной неотложной помощи, экстренной консультативной помощи (санитарная авиация), специализированной амбулаторной медицинской помощи, стационарной медицинской помощи, медицинских услуг, финансируемых из фонда высокотехнологичной медицинской помощи, стоматологической помощи, предоставление лекарств и вакцин, а также иммунизацию. См. OECD, *2018 Development Pathways*, p. 89.

¹⁷ До 2018 года первичная медико-санитарная помощь в Бишкеке все еще финансировалась из бюджета бишкекского муниципалитета.

услуг, снижает степень доверия между пользователями медицинских услуг, поставщиками медицинских услуг и директивными органами.

38. Для решения этих вопросов существует явная необходимость в значительных дополнительных инвестициях в людские ресурсы, что должно стать одной из приоритетных задач. Медицинский персонал играет незаменимую роль в реализации права на здоровье. Он помогает документировать и предоставлять возмещение за такие нарушения прав человека, как насилие и пытки. В некоторых случаях медработники намеренно или непреднамеренно оказываются причастными к определенным видам нарушений прав человека, например при предоставлении недискриминационных услуг всем, включая лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров или мигрантов и беженцев.

39. Следует укреплять потенциал хорошо подготовленных медицинских работников путем, в частности, включения правозащитного подхода в учебную программу медицинского образования. Учебная программа в области здравоохранения, основанная на правах человека, должна поощрять изменения в рамках системы, способствуя переходу от патерналистской медицины «сверху вниз», усугубляемой чрезмерным вниманием медицине третьего уровня и биомедицинским технологиям, к укреплению партнерских отношений между поставщиками и пользователями медицинских услуг.

40. В рамках медицинского образования и исследований следует также уделять больше внимания роли социальных факторов здоровья (таких как нищета, насилие и дискриминация), правам человека в процессе ухода за пациентами, принципам медицинской этики и новым подходам к предоставлению услуг инвалидам.

41. Специальный докладчик получил информацию о том, что заработная плата врачей и другого медицинского персонала является неприемлемо низкой – ниже средней заработной платы по стране и ниже средней заработной платы в других секторах. По данным Национального статистического комитета, в июне 2018 года средняя валовая заработная плата работников здравоохранения и социальной сферы составила 10 566,90 сомов (около 150 долл. США), в то время как средняя валовая заработная плата по стране составила 15 994 сомов (230 долл. США). Средняя валовая заработная плата работников образования, профессиональных, научных или технических работников и работников сферы финансов или страхования составила соответственно 11 599,90 сомов (166 долл. США), 19 203,80 сомов (275 долл. США), 33 227,10 сомов (476 долл. США)¹⁸.

42. Низкая заработная плата медицинского персонала негативно сказывается на качестве предоставляемых услуг и стимулирует неофициальную оплату. Она также ведет к утечке медицинских кадров не только в другие страны, но и из государственного в частный сектор, в том числе в фармацевтическую промышленность.

43. Государству следует активизировать усилия по подготовке, набору и удержанию медицинского персонала, защите его прав и обеспечению достойной заработной платы и достойных условий труда, гарантии занятости и вознаграждения за хорошую работу и поведение. Оно могло бы также разработать непредвзятые и основанные на фактических данных руководящие принципы лечения, с тем чтобы уменьшить возможность коррупции.

44. Не менее важно, чтобы государство укрепляло механизмы самоуправления в медицинской профессии, поощряло развитие у медицинского персонала чувства сопричастности к своей профессии и следование этическим нормам при оказании медицинских услуг.

¹⁸ См. www.ceicdata.com/en/kyrgyzstan/gross-average-salary/gross-average-salary-nace-2-health-care-and-social-services.

2. Группы, находящиеся в уязвимом положении

45. В целом любая система здравоохранения должна бороться с дискриминацией, которая может препятствовать полному осуществлению права на физическое и психическое здоровье. Специальный докладчик получил информацию о многочисленных случаях стигматизации и дискриминационного отношения на различных основаниях в обществе в целом и среди медицинского персонала в частности. Один из конкретных примеров дискриминации был связан с сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью. Лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендеры подвергаются психологическому насилию, сексуальным надругательствам и причинению физического вреда со стороны членов семьи, сотрудников правоохранительных органов и медицинского персонала. Это существенно сказывается на их физической и психической целостности.

46. Такая дискриминационная практика является результатом глубоко патриархального и консервативного общества, в котором социальные институты, семьи и даже государственные служащие не принимают то, что отличается от общепринятых в обществе традиционных норм, в том числе касающихся сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Такое отношение находит дальнейшее отражение в отсутствии национальных программ, конкретно касающихся прав лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов, а в некоторых случаях – в нежелании государственных должностных лиц сотрудничать с организациями гражданского общества, представляющими эту общину.

47. В 2017 году Кыргызстан сделал достойный похвалы шаг, выпустив *Руководство по оказанию медико-социальной помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно неконформным людям*¹⁹ для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств. Цель руководства – помочь медицинским работникам обеспечить медицинскую и психологическую помощь и оценку, психотерапевтическую и социальную поддержку и специализированную медицинскую помощь трансгендерам, транссексуалам и гендерно неконформным лицам для максимального содействия их общему физическому и психическому благополучию. Оно также включает рекомендации в отношении изменения гендерного самовыражения и внесения гендерно утверждающих изменений в организм, что может включать маскулинизацию или феминизацию. Важно отметить, что в руководстве подчеркивается необходимость изменения гендерной отметки в документах, удостоверяющих личность, для юридического признания трансгендеров, транссексуалов и гендерно неконформных лиц, а также необходимость оказания им помощи в социальной адаптации.

48. Хотя это руководство устанавливает один из самых прогрессивных стандартов в Центральноазиатском регионе, оно пока не получило повсеместного распространения среди медицинского персонала и еще не эффективно используется в медицинских учреждениях. Собранные Специальным докладчиком свидетельства указывают на то, что наиболее острые проблемы связаны с изменением гендерной отметки в документах, удостоверяющих личность, и преодолением сохраняющейся дискриминации со стороны медицинского персонала. Иногда неофициальные платежи могут помочь устранить барьеры, с которыми сталкиваются трансгендеры, транссексуалы и гендерно неконформные лица в их доступе к медицинским учреждениям, хотя они редко могут позволить себе высокие расходы, которые для этого требуются.

49. Специальный докладчик повторяет рекомендацию, вынесенную Комитетом по ликвидации расовой дискриминации в его заключительных замечаниях по объединенным восьмому–десятому докладам Кыргызстана относительно принятия всеобъемлющего антидискриминационного законодательства (CERD/C/KGZ/CO/8-10, пункт 11). Он присоединяется к Комитету и приветствует готовность правительства

¹⁹ Имеется по адресу www.labrys.kg/ru/library/full/27.html.

сотрудничать с учреждениями Организации Объединенных Наций в разработке антидискриминационного закона²⁰ и призывает далее к его полному осуществлению.

50. Беженцы и группы меньшинств также сталкиваются с трудностями в получении доступа к медицинскому обслуживанию. Беженцы, признанные государством, имеют выданные государством документы, удостоверяющие личность, и годичный возобновляемый вид на жительство, а также разрешение на работу. Большинство из них имеют доступ к средствам к существованию, однако доступ к государственным услугам они могут получить только путем выплат по ставке, применимой к иностранцам, которая почти в 10 раз выше, чем ставка для лиц, не являющихся иностранцами. Такие более высокие платежи не совместимы с Конвенцией 1951 года о статусе беженцев, в соответствии с которой плата должна быть умеренной и соответствовать той, которая за аналогичные услуги взимается с граждан (пункт 4 статьи 25).

51. Беженцы, которые еще не признаны государством, но признаны Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ), имеют удостоверения УВКБ ООН, которые официально не признаны государством. Хотя их не высылают из страны, они не имеют права работать или иметь вид на жительство. Они могут получить доступ к медицинскому обслуживанию главным образом за счет высоких неофициальных платежей, но не могут приобрести полисы медицинского страхования. Поэтому их доступ к медицинскому обслуживанию весьма ограничен.

52. Подавляющее большинство беженцев, признанных государством или только УВКБ ООН, хорошо интегрированы в общество в Кыргызстане в культурном и социальном плане; они говорят на языке страны и имеют широкие личные связи. Кыргызстану следует активизировать свои усилия по поиску интеграционных решений на местном уровне с помощью альтернативных мер и механизмов защиты, которые эффективно защищают права всех беженцев, включая их право на физическое и психическое здоровье.

53. Некоторые этнические узбеки, несмотря на то, что они родились в Кыргызстане, для получения доступа к медицинским услугам могут также быть вынуждены оплачивать услуги по ставке для иностранцев. Отсутствие документов у представителей общин уйгуров и люли (рома Центральной Азии) также препятствует их доступу к медицинскому обслуживанию. Населению, не имеющему государственных документов, могут быть предоставлены определенные медицинские услуги, хотя и за счет неофициальных платежей, которые являются более дорогостоящими.

54. Другой группой населения, находящейся в уязвимом положении, являются дети-инвалиды. Согласно последним имеющимся данным Министерства труда и социального развития, в 2017 году в стране насчитывалось 29 000 зарегистрированных детей-инвалидов²¹. Однако в это число входят только те дети, которые зарегистрированы Министерством в качестве получателей ежемесячных социальных пособий, а не «невидимые» дети с отклонениями в развитии. Все дети-инвалиды, независимо от того, зарегистрированы ли они Министерством или нет, имеют ограниченный доступ к качественным услугам по уходу, отвечающим их потребностям. Нынешняя система ухода в Кыргызстане по-прежнему ориентирована на медицинскую модель инвалидности, которая редко обеспечивает надлежащую поддержку в раннем возрасте посредством раннего выявления и целенаправленных мер поддержки семьи, подвергая детей-инвалидов значительному риску изоляции и дискриминации.

55. Многие дети и взрослые, находящиеся в уязвимом положении, живут в учреждениях интернатного типа, которые продолжают существовать в Кыргызстане под эгидой различных министерств. Министерство здравоохранения управляет учреждениями для детей в возрасте до трех лет и их родителей, Министерство

²⁰ См. www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22996&LangID=E.

²¹ См. www.unicef.org/kyrgyzstan/children-kyrgyzstan.

образования и науки отвечает за учреждения для детей-сирот и подростков, а Министерство труда и социального развития отвечает за учреждения для инвалидов, как детей, так и взрослых, и учреждения для пожилых людей в координации с местными органами власти. Оно ежегодно увеличивает свои расходы на учреждения, находящиеся в его ведении²².

56. Увеличение финансирования учреждений, находящихся в ведении социального сектора, не должно быть направлено на расширение институционального ухода за детьми и взрослыми, являющимися инвалидами или находящимися в других уязвимых ситуациях. Хотя и может потребоваться дополнительное финансирование для улучшения условий и качества жизни тех, кто уже проживает в специализированных учреждениях, выделение дополнительных средств на институциональный уход также будет предполагать, что этот вид ухода имеет приоритет перед альтернативами на базе общин. Такая практика в социальном секторе противоречит прогрессу, достигнутому в секторе здравоохранения, в котором приоритетное внимание уделяется центрам семейной медицины. Кыргызстану следует продолжать избавляться от зависимости от дорогостоящего и неэффективного институционального ухода в секторах здравоохранения, социальной защиты и образования и все больше инвестировать в альтернативы на базе общин.

III. Психическое здоровье

57. Медицинские услуги в Кыргызстане по-прежнему основаны на узкой и устаревшей биомедицинской модели, в связи с чем медицинское страхование в основном включает в себя биомедицинские вмешательства. Важно напомнить о том, что в современную систему здравоохранения во всем мире были включены новые приоритеты, основанные на всеобъемлющем подходе, такие как психиатрические службы для детей-инвалидов и взрослых-инвалидов, услуги для пожилых людей, медицинская и психосоциальная реабилитация и паллиативный уход. Кыргызстану следует изменить свою систему здравоохранения таким образом, чтобы ресурсы использовались не только для медикаментозного и стационарного лечения, но и для других видов медицинского вмешательства, которые не обязательно являются только биомедицинскими. Это особенно важно при планировании и разработке политики и услуг в области психического здоровья, которая все больше становится глобальным приоритетом.

58. Специальный докладчик посетил экспериментальный амбулаторный центр психического здоровья в Джалал-Абаде, который предоставляет психиатрические услуги в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Это многообещающая инициатива, которая основана на современном подходе к здравоохранению, и – следует надеяться – станет частью национальной стратегии. Аналогичные инициативы должны быть реализованы по всей стране и финансироваться и поддерживаться правительством, с тем чтобы обеспечить их устойчивую интеграцию в общую систему здравоохранения.

59. Для полной реализации права на психическое здоровье необходимо осуществить стратегические изменения во всей системе. К первичной медицинской помощи применительно к психическому здоровью следует относиться столь же серьезно, как и к ее оказанию в отношении физического здоровья. Для обеспечения эффективности первичной медико-санитарной помощи она должна предоставляться специалистами-психиатрами, работающими в качестве консультантов в амбулаторных и дневных медучреждениях. Однако эти услуги, за некоторыми исключениями в крупных городах, недоступны для большинства людей, которые в них нуждаются. Особенно слабо развита сфера психического здоровья детей и подростков, и лишь немногие специалисты работают в этой важной области в двух крупнейших городах.

60. Специальный докладчик был проинформирован о проблеме самоубийств среди подростков – чувствительном вопросе, вызывающем все большую обеспокоенность и

²² OECD, *2018 Development Pathways*, p. 135.

связанном с религиозными и культурными убеждениями, в связи с чем в значительной степени замалчиваемым. Смерть в результате самоубийства иногда маскируется под другую причину. Поэтому имеющиеся данные по этому вопросу отличаются у разных источников, даже несмотря на общее согласие в отношении того, что уровень самоубийств среди подростков растет и что этот показатель среди молодых мужчин выше, но растет более быстрыми темпами среди девочек.

61. Специальный докладчик подчеркивает, что детская и подростковая психиатрия является общепризнанной медицинской специальностью и что ее следует развивать в Кыргызстане для решения проблемы самоубийств среди подростков и других проблем детского и подросткового психического здоровья. Кроме того, необходимо развивать на общинном уровне услуги для детей и взрослых с умственными и психосоциальными нарушениями, которые в основном требуют небиемедицинских вмешательств. Наглядным примером состояния, которое не может быть эффективно устранено с помощью биомедицинской модели, является аутизм. Дети и взрослые с аутизмом сталкиваются с препятствиями, которые необходимо устранить с помощью более широкого подхода, включающего в себя здравоохранение, образование и социальные услуги, а также хороший уровень сотрудничества между этими тремя секторами.

62. Необходимо разработать всеобъемлющую долгосрочную стратегию, с тем чтобы снизить и в конечном счете устранить зависимость от крупных, изолированных учреждений, включая психиатрические больницы и интернаты. В настоящее время Кыргызстан, как представляется, не готов немедленно полностью закрыть все подобные учреждения, поэтому они должны обеспечивать хотя бы минимальные условия для защиты достоинства и прав человека проживающих в них лиц. В то же время следует наращивать и укреплять потенциал общинных центров, с тем чтобы в конечном итоге обеспечить уход за теми, кто в настоящее время проживает в них. На протяжении всего этого процесса независимые механизмы должны продолжать осуществлять мониторинг этих учреждений на предмет обеспечения ими достойных условий жизни детей и взрослых без каких-либо злоупотреблений или нарушений их прав человека.

63. Национальные и международные инвестиции в здравоохранение и социальное обеспечение должны в приоритетном порядке быть направлены на создание и укрепление общинных амбулаторных служб, эффективно удовлетворяющих особые потребности в области психического здоровья лиц в общинах, в которых они проживают. Соответствующие власти проинформировали Специального докладчика о двух осуществляемых под руководством правительства инвестиционных инициативах по улучшению помещений двух психоневрологических учреждений, одно из которых он посетил. Хотя руководство Беловодского психоневрологического учреждения хорошо работает над удовлетворением потребностей детей посредством улучшения условий содержания и привлечения квалифицированного и целеустремленного персонала, Специальный докладчик подчеркивает, что конечная ответственность за поощрение и защиту прав лиц с интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными нарушениями лежит на государстве.

64. В долгосрочной перспективе необходимы в первую очередь инвестиции в услуги на уровне общин с применением ориентированного на семью подхода к услугам для нуждающихся детей. Сектора здравоохранения, социального обеспечения и образования должны развивать службы раннего вмешательства для детей-инвалидов и их семей, инклюзивное образование в школах и службы охраны психического здоровья детей на уровне общин. Этот же принцип применяется и к развитию психиатрических служб для взрослых, включая пожилых людей.

65. Такой долгосрочный подход требует отказа от чрезмерной опоры на институциональный уход и лечение психотропными препаратами. Обязательное медицинское страхование должно охватывать психосоциальные мероприятия, поскольку они столь же необходимы и эффективны, как и медикаменты. Как показало

недавнее исследование ВОЗ²³, такая стратегия требует тесного сотрудничества между директивными органами и специалистами, а также создания образовательных программ, призванных помочь специалистам двигаться в том же направлении.

IV. Здравоохранение в местах лишения свободы: туберкулез и потребление наркотиков

66. До 2014 года лица, находящиеся в изоляторах временного содержания Кыргызстана, могли получать только неотложную медицинскую помощь, пока Международный комитет Красного Креста (МККК) совместно с Министерством внутренних дел и Министерством здравоохранения не договорились о регулярном доступе задержанных к врачам гражданских больниц. По состоянию на апрель 2018 года приблизительно 70% лиц, содержащихся в ИВС, имели доступ к регулярному медицинскому обслуживанию²⁴.

67. Специальный докладчик посетил медицинские учреждения в центрах предварительного заключения и различных тюрьмах с первоначальной целью принятия последующих мер в связи с рекомендациями предыдущих мандатариев специальных процедур и наблюдения за тем, как проводится лечение туберкулеза. В ходе посещений он был впечатлен предпринятыми усилиями по оказанию дополнительной помощи наркопотребителям.

68. Проблема туберкулеза в местах лишения свободы должна решаться именно потому, что риск передачи там выше, а болезнь может иметь негативные последствия для общества в целом. По оценкам, человек, больной туберкулезом, который не проходил лечение, будет передавать это заболевание в среднем 15–20 человекам в год. Этот показатель значительно возрастает в центрах содержания под стражей вследствие сочетания таких факторов, как переполненность, антисанитарные условия, включая плохую вентиляцию и плохой воздухообмен, а также ограниченный доступ к надлежащей медицинской помощи.

69. Туберкулез является излечимым, но потенциально смертельным заболеванием, если его лечить неправильно. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – это штамм заболевания, обладающий высокой устойчивостью к двум или более распространенным препаратам, используемым в комбинации для лечения инфекции. Кыргызстан входит в число 30 государств с наиболее высоким показателем заболеваний туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

70. Лечение лиц с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью может занять до двух лет, поскольку больные туберкулезом должны находиться под наблюдением врачей с момента диагностики до завершения лечения. С 2007 года МККК оказывает Кыргызстану поддержку в борьбе с этим заболеванием, главным образом в двух его тюрьмах: колонии № 31 (с 2013 года) и СИЗО № 1 (с начала 2015 года)²⁵. Основное внимание уделяется инфекционному контролю посредством раннего выявления и лечения для предотвращения передачи инфекции. Была создана или отремонтирована инфраструктура, укреплен потенциал медицинских служб, персонала и тюремной администрации в целях улучшения диагностики, лечения и ухода. В случае необходимости помощь может также включать психологическую и социальную поддержку. Заключение имеют доступ к диагностике и оперативному лечению в специальных учреждениях посредством стандартных услуг по бактериологической лабораторной диагностике. Во избежание передачи туберкулеза заключенные содержатся отдельно друг от друга с учетом уровня инфекционности.

71. После посещения больницы колонии № 31 Специальный докладчик смог подтвердить, что применяемые там методы работы, разработанные при

²³ См. WHO Regional Office for Europe, *Mental health, human rights and standards of care: Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region*, 2018.

²⁴ См. ICRC, “Kyrgyzstan: improving access to health-care for detainees”, 16 April 2018.

²⁵ См. ICRC, “Combating tuberculosis in detention”, 24 March 2015.

международном сотрудничестве, являются образцовыми с точки зрения контроля и лечения туберкулеза. Однако он также узнал, что МККК планирует к 2020 году прекратить свою поддержку, поскольку Кыргызстан в настоящее время является страной со средним уровнем дохода. Поэтому вопрос поддержания устойчивости стал предметом приоритетного внимания; правительство должно продолжать свои усилия и инвестиции в целях борьбы с этим заболеванием и его лечением. Специальный докладчик получил информацию о том, что другие международные органы также планируют отказаться от своей поддержки, в связи с чем он подчеркивает необходимость того, чтобы власти взяли на себя ответственность за проекты, осуществляемые в рамках международного сотрудничества, с целью обеспечить их бесперебойную реализацию и не допустить обращения вспять достигнутых результатов.

72. В ходе своей поездки в колонию № 31 Специальный докладчик также был проинформирован о возможностях лечения и реабилитации наркопотребителей в рамках программы «Атлантис». В основе этой осуществляемой в тюрьмах программы лежит 12-ступенчатая модель «чистой зоны», разработанной польским экспертом в области уголовного правосудия Павелом Мочидловски. В соответствии с этой моделью метадонная терапия сопровождается добровольным вступлением в сообщество, основанное на терапевтическом воздержании, при этом участники должны взять на себя обязательство участвовать в групповых терапевтических сессиях в течение периода до 18 месяцев. Участники также подписывают письменное обязательство отказаться от всех психоактивных веществ, включая лекарства, связанные с любыми психическими расстройствами. По завершении программы заключенный может вернуться в свое пенитенциарное учреждение или быть переведен в «чистую зону», в которой образ жизни, свободный от наркотиков, является обязательным.

73. Специальный докладчик также отметил продолжающееся осуществление программы «Атлантис» в колонии № 2 для женщин и улучшение медицинского обслуживания и условий содержания в СИЗО № 5 в Оше. В ходе посещения колонии № 47 он отметил контраст между местами содержания под стражей, являвшимися и не являвшимися объектом международного сотрудничества: в последних условия ухудшаются. Он также посетил психиатрическую больницу в Кызыл-Джаре, в которой содержатся лица с психическими и психосоциальными расстройствами, приговоренные и не приговоренные к тюремному заключению.

74. В ходе своей поездки в центры содержания под стражей Специальный докладчик отметил достигнутый прогресс в осуществлении рекомендаций, вынесенных Специальным докладчиком по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания после его поездки в Кыргызстан в 2011 году (см. A/HRC/19/61/Add.2). Специальный докладчик по вопросу о здоровье обратил особое внимание на рекомендации, касающиеся медицинского персонала, осведомленности и осуществления Руководства по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульского протокола), доступа заключенных к независимому медицинскому осмотру и численности квалифицированного медицинского персонала в местах временного и предварительного заключения. В посещенных мандатарием центрах содержания под стражей заключенные имеют хороший доступ к независимому медицинскому осмотру, особенно в случаях заболевания туберкулезом.

75. Специальный докладчик также с удовлетворением узнал, что большинство врачей прошли подготовку по Стамбульскому протоколу. Он настоятельно призывает медицинский персонал центров содержания под стражей продолжать сообщать о предполагаемых случаях пыток или жестокого обращения и работать в сотрудничестве с соответствующими властями в целях совершенствования и рационализации существующих процедур отчетности. На медицинский персонал возложена этическая и юридическая обязанность документировать предполагаемые случаи пыток и других видов жестокого обращения и играть основополагающую роль

в оказании помощи государству в выполнении его обязательств в области прав человека в этом отношении.

76. Медицинский персонал и соответствующие органы согласились с тем, что юрисдикция медицинских работников в местах содержания под стражей должна быть передана Министерству здравоохранения. Специальный докладчик не только согласен с таким подходом, но и настоятельно рекомендует правительству найти подходящие пути и эффективные стимулы для интеграции тюремных служб здравоохранения в национальную систему здравоохранения, находящуюся в ведении Министерства здравоохранения.

V. Права на сексуальное и репродуктивное здоровье

77. Кыргызстан по-прежнему сталкивается с серьезными проблемами в отношении расширения прав и возможностей женщин в плане осуществления их прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая доступ к услугам по планированию семьи и пользование ими. Доля замужних женщин, использующих современные методы контрацепции (около 28–30%), в последние годы не изменилась, и эти методы остаются неэффективными, о чем свидетельствует высокая доля женщин, которые рожают менее чем через три года (18,6%) и менее чем через год (9%) после рождения своего предыдущего ребенка. Кроме того, не удовлетворены потребности в области планирования семьи значительной доли женщин (примерно 19% в 2014 году)²⁶, а общий коэффициент рождаемости относительно высок и составляет 3,1 деторождения на одну женщину. Одним из основных методов контроля рождаемости по-прежнему являются аборты.

78. Согласно проведенному в 2014 году глобальному обследованию по многим показателям с применением гнездовой выборки²⁷, хотя каждая третья женщина репродуктивного возраста выразила желание изменить частоту рождений или ограничить число детей, большинство из них не использует противозачаточные средства из-за отсутствия интереса к планированию семьи, отсутствия информации или по религиозным и культурным соображениям, включая возражения со стороны партнеров, семей или общин. Современные методы контрацепции в Кыргызстане не являются дешевыми, имеющимися в наличии, качественными и физически доступными. Отсутствует необходимая информация, позволяющая людям принимать обоснованные решения в отношении своего репродуктивного здоровья, а возможности медицинского персонала по предоставлению качественных услуг в области планирования семьи являются недостаточными, а их навыки консультирования – низкими²⁸. Специальный докладчик был проинформирован о недавнем прекращении поставок контрацептивов международными партнерами по развитию. Необходимо, чтобы Кыргызстан взял на себя ответственность за продвижение и защиту прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, учитывая постоянную потребность в планировании семьи и качественных услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья.

79. В тех случаях, когда потребности женщин в охране сексуального и репродуктивного здоровья не удовлетворяются, они подвергаются большему риску жестокого обращения и насилия, болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, и нежелательной беременности. Кроме того, исследования показали, что предоставление женщинам в Кыргызстане доступа к современным методам

²⁶ Kyrgyzstan, National Statistics Committee, “Kyrgyzstan multiple indicator cluster survey 2014: key findings”, December 2014, p.11. Это исследование было проведено в рамках программы глобального обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки, разработанной ЮНИСЕФ в 1990-х годах для сбора сопоставимых на международном уровне показателей положения детей и женщин.

²⁷ См. Kyrgyzstan, National Statistics Committee, *Multiple Indicator Cluster Survey in the Kyrgyz Republic 2014: Final Report* (June 2016).

²⁸ Kyrgyzstan, Ministry of Health, *Mid-Term Review Report: National Health Reform Program of the Kyrgyz Republic “Den Sooluk” for 2012-2016* (12 June 2016), p. 14.

контрацепции позволит предотвратить 113 000 нежелательных беременностей, 34 000 небезопасных аборт и 60 случаев материнской смертности²⁹.

80. После своих посещений медицинских учреждений Специальный докладчик смог подтвердить, что были предприняты позитивные усилия по решению проблем охраны здоровья матери и ребенка. Однако, несмотря на достигнутый прогресс, для предотвращения материнской смертности и улучшения условий жизни здоровых новорожденных детей по-прежнему необходимо повысить качество неотложной акушерской помощи.

81. Имеющиеся официальные данные свидетельствуют о том, что основными причинами материнской смертности являются послеродовые кровотечения и септические осложнения и что большинство случаев материнской смертности происходит в больницах второго и третьего уровней. Ключевым фактором, связанным с материнской смертностью, является низкое качество кесарева сечения, которое в последние годы стало более частым – до такой степени, что в настоящее время это наиболее распространенная хирургическая процедура. Необходимо уделять больше внимания развитию практических навыков на всех этапах подготовки врачей-специалистов для эффективного повышения качества медицинских услуг беременным и новорожденным.

82. На общинном уровне Специальный докладчик был проинформирован о многих случаях, когда беременные женщины откладывали посещение учреждений первичной медико-санитарной помощи или преднамеренно скрывали проблемы со здоровьем до родов³⁰, препятствуя надлежащему родовому уходу. Он также был проинформирован о хорошей работе, проводимой деревенскими комитетами здравоохранения на общинном уровне и медицинским персоналом учреждений первичной медико-санитарной помощи, включая регулярные посещения семей для предоставления информации и принятия последующих мер по охране материнства. Ключевое значение для женщин в Кыргызстане имеет повышение их осведомленности о важности получения качественной медицинской помощи и доступа к услугам по направлению к специалистам для реализации права на здоровье.

83. Дополнительной проблемой в Кыргызстане является подростковая беременность и высокий уровень подростковой рождаемости. Кыргызстан занимает второе место по показателям рождаемости среди подростков в Восточной Европе и Центральной Азии, при этом наибольшее число беременностей приходится на Баткенскую, Джалал-Абадскую и Таласскую области. Этот показатель также выше среди девочек из сельской местности, из беднейшей квинтили и из семей меньшинств узбекской национальности. Большинство девочек-подростков рожают детей в возрасте от 15 до 19 лет.

84. В 2015 году коэффициент подростковой рождаемости в Кыргызстане составлял 42 на 1 000 женщин³¹. Однако ввиду чувствительного – в социально-экономическом, культурном и религиозном плане – характера этих вопросов программы, направленные на удовлетворение потребностей подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья, отсутствуют. Кроме того, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи принято сообщать о беременности любой незамужней девочки-подростка в полицию, что является нарушением прав этой девочки. Всем подросткам должен быть гарантирован доступ к конфиденциальной, доброжелательной и недискриминационной информации, товарам и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, современные виды контрацепции и консультирование (A/HRC/32/32, пункт 90).

²⁹ См. Family Planning 2020, Kyrgyzstan core indicator summary sheet: 2017–2018 annual progress report.

³⁰ Согласно второму отчету по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности в Кыргызстане за 2014–2015 годы, более 40% женщин не сотрудничали с медицинскими работниками, зачастую беременные женщины преднамеренно скрывали проблемы со здоровьем и не посещали центры первичной медицинской помощи до родов (см. <https://kyrgyzstan.unfpa.org/ru/publications> (только на русском языке)).

³¹ См. www.unfpa.org/sites/default/files/SWOP-2016.xlsx.

Эти меры, в частности, помогут снизить зависимость от аборт как основного метода контроля рождаемости. Хотя статистические данные зачастую ненадежны по причине непредставления или недоступности информации, согласно сведениям Республиканского медико-информационного центра, 7,5% всех аборт, зарегистрированных в 2017 году, были сделаны в подростковом возрасте³².

85. Одним из ключевых элементов реализации права на здоровье является доступ подростков к безопасным абортам, однако он не должен подменять собой необходимость доступа к современным методам контрацепции или информации о сексуальном и репродуктивном здоровье в школах и медицинских учреждениях на общинном, местном и национальном уровнях. Следует принять меры по повышению осведомленности подростков об их правах на сексуальное и репродуктивное здоровье и о соответствующих услугах и товарах. Кроме того, в обязательную школьную программу должно быть включено соответствующее возрасту, всеобъемлющее и инклюзивное половое просвещение, основанное на научных данных и правах человека. Особое внимание следует уделять взаимоотношениям, сексуальности, гендерному равенству, идентичности и половым особенностям, включая несоответствующую гендерную идентичность, ответственному родительству и сексуальному поведению, а также предотвращению ранней беременности и инфекций, передаваемых половым путем.

86. Девочки-подростки в Кыргызстане в меньшей степени осведомлены о ВИЧ, чем женщины, принадлежащие к старшим возрастным группам. Если 90% женщин в возрасте от 25 до 29 лет знают, где можно пройти тестирование на ВИЧ, то только 43% девочек в возрасте от 15 до 19 лет знают, куда идти. Аналогичным образом, 22% пожилых женщин имеют всеобъемлющие знания о ВИЧ по сравнению с 17% девочек-подростков. Всесторонние знания о путях передачи инфекции от матери ребенку имеют примерно 65% пожилых женщин по сравнению с 50% подростков³³. Отсутствие знаний о ВИЧ среди подростков усугубляется высоким уровнем подростковой беременности, поскольку эти два фактора в совокупности повышают риск передачи ВИЧ от матери к ребенку.

87. Во время посещения государственной школы № 85 недалеко от Бишкека Специальный докладчик отметил, что половое воспитание по-прежнему является деликатным вопросом в Кыргызстане, связанным с неправильными представлениями, господствующей патриархальной системой и консервативными общественными установками, которые еще предстоит преодолеть. Он приветствует включение полового воспитания в программу «здорового образа жизни», которое является факультативным в школьных программах и обязательным в системе профессионального образования. Однако этого недостаточно, и он призывает заинтересованные стороны прилагать больше усилий и проявлять политическую волю для эффективной реализации этой учебной программы. Во время посещения школы Специальный докладчик отметил эффективное осуществление традиционных мер по пропаганде физического здоровья и здорового питания. Однако необходимы дальнейшие усилия по поощрению более широкого подхода и решения новых проблем, таких как половое воспитание, интеграция детей-инвалидов и издевательства.

88. Специальный докладчик приветствует тот факт, что в июле 2015 года Президент одобрил закон о репродуктивных правах. Этот закон содержит соответствующие положения о правах на сексуальное и репродуктивное здоровье. Его статья 13 предусматривает доступ к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья без получения согласия законного опекуна для всех лиц старше 16 лет и доступ к любой медицинской помощи во время беременности после получения письменного согласия беременной женщины. Специальный докладчик подчеркивает необходимость регулярного мониторинга

³² Республиканский медико-информационный центр сообщил, что в 2015 году 6,4% аборт было проведено у подростков.

³³ См. Kyrgyzstan, National Statistics Committee, *Multiple Indicator Cluster Survey in the Kyrgyz Republic 2014*, pp. 195–196, 199 and 203–204.

эффективного осуществления этого закона в целях обеспечения осуществления сексуальных и репродуктивных прав женщин и подростков.

89. В конце своего посещения Специальный докладчик был потрясен сообщениями средств массовой информации о предполагаемом убийстве жертвы похищения невесты, предположительно совершенным похитителем в полицейском участке. Это событие свидетельствует о том, что похищение невест продолжается в нарушение права на вступление в брак при свободном и полном согласии обеих сторон³⁴. В частности, детские, ранние и принудительные браки являются нарушением прав жертвы на сексуальное и репродуктивное здоровье, включая право на контроль над своим здоровьем и телом. Сексуальное насилие, включая принудительные браки, представляет собой серьезное нарушение сексуальных и репродуктивных свобод и является одним из основных и неотъемлемых нарушений права на здоровье.

90. По данным представленных в Кыргызстане учреждений Организации Объединенных Наций, 13,8% женщин в возрасте до 24 лет состоят в браке по принуждению в той или иной форме³⁵. Специальный докладчик признает необходимость принятия правовых мер для запрещения религиозных детских браков и призывает активизировать усилия по предупреждению нарушений прав человека и судебному преследованию виновных, а также по защите жертв. Следует принять все надлежащие меры для прекращения практики похищения невест и принудительных браков.

ВИЧ/СПИД

91. Хотя было зарегистрировано меньше случаев заболевания туберкулезом³⁶, отмечается быстрый рост числа случаев передачи ВИЧ половым путем по сравнению со случаями передачи инфекции от родителей. Согласно информации, представленной страновой группой Организации Объединенных Наций в Кыргызстане, в апреле 2018 года было зарегистрировано 8 158 случаев ВИЧ, и в настоящее время на долю случаев ВИЧ, передаваемых половым путем, приходится около 60% всех новых случаев. Напротив, передача инфекции от родителей является причиной лишь 44% всех инфекций. В то время как передача ВИЧ новорожденным снизилась, доля женщин среди людей, живущих с ВИЧ, возросла в период с 2011 по 2013 год с 30% до 42%.

92. Эпидемия ВИЧ в Кыргызстане в основном сконцентрирована среди ключевых групп населения, которые имеют более высокий риск заражения³⁷. Поэтому для эффективного реагирования на эпидемию необходимо принять меры по расширению прав и возможностей этих ключевых групп на общинном уровне и решению проблемы стигматизации и дискриминации, а также преодоления социальных и структурных барьеров, с которыми они сталкиваются при осуществлении своих прав, включая доступ к медицинскому обслуживанию.

93. Специальный докладчик собрал свидетельства о злоупотреблениях, совершенных сотрудниками правоохранительных органов, включая притеснения, вымогательство, произвольные аресты и задержания, насилие, изнасилования и неспособность защитить людей от насилия. Для того чтобы гарантировать охват всех ключевых групп населения услугами по профилактике ВИЧ, крайне важно обеспечить благоприятные условия и отменить карательные законы и практику.

³⁴ Право на вступление в брак только при свободном и полном согласии обеих сторон закреплено в Международном пакте о гражданских и политических правах (статья 23), Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (статья 10) и Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (статья 16), которые ратифицированы Кыргызстаном.

³⁵ См. www.unicef.org/kyrgyzstan/press-releases/un-statement-bride-kidnapping-and-child-marriage.

³⁶ См. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD>; см. также WHO, "Kyrgyzstan tuberculosis country profile 2017".

³⁷ См. Global AIDS monitoring, "Country progress report: Kyrgyzstan", 2018.

94. Государством разработана новая масштабная программа на 2017–2021 годы, нацеленная на сокращение числа ВИЧ-инфицированных и ликвидацию ВИЧ-инфекции к 2030 году. Эта программа направлена на достижение целевого показателя 90-90-90 Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу.

95. Осуществление вышеупомянутой программы, безусловно, потребует укрепления сексуального воспитания и улучшения услуг в области репродуктивного здоровья в целях предотвращения передачи ВИЧ половым путем. Правозащитный подход требует качественных комплексных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и борьбе с ВИЧ, не допускающих стигматизации и дискриминации, с уделением особого внимания первичной медицинской помощи.

VI. Выводы и рекомендации

96. Кыргызстан имеет все возможности для дальнейшего укрепления своей политики и услуг в области здравоохранения; однако для сохранения таких возможностей необходимо обеспечить применение к здравоохранению правозащитного и современного подхода при разработке и осуществлении политики.

97. В условиях наличия твердой политической воли, эффективной политики и положительного опыта основная задача в процессе полного осуществления права на физическое и психическое здоровье в Кыргызстане заключается в эффективной реализации и обеспечении устойчивости. Эта задача связана с поощрением транспарентности и необходимостью борьбы с сохраняющейся коррупционной и неэффективной практикой. С этой целью правительству следует разработать долгосрочную стратегию и взять на себя ответственность за осуществление программ, разработанных в рамках международного сотрудничества, обеспечивая их продолжение и устойчивость посредством выделения национальных ресурсов.

98. К числу конкретных проблем, требующих решения, относятся осуществление различных прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, сохраняющаяся дискриминационная практика в сфере медицинского обслуживания и необходимость постепенной деинституционализации служб охраны психического здоровья и социального обеспечения на основе долгосрочной стратегии, в рамках которой инвестиции в приоритетном порядке направляются на оказание услуг на уровне семьи и общины с применением правозащитного подхода.

99. В этом процессе следует поощрять роль гражданского общества на национальном и местном уровнях. Активные группы гражданского общества в Кыргызстане являются реальным активом и должны рассматриваться правительством в качестве равноправных партнеров не только при разработке руководящих принципов и политических мер, но и при осуществлении таких мер, реализация которых при поддержке партнерств гражданского общества во многих случаях доказала свою эффективность.

100. Специальный докладчик рекомендует властям Кыргызстана:

- а) завершить процесс ратификации Конвенции о правах инвалидов;
- б) обеспечить адекватное, справедливое и устойчивое финансирование сектора здравоохранения, повысив наличие и доступность медицинских услуг во всех регионах;
- в) увеличить инвестиции в подготовку, набор и удержание медицинского персонала путем защиты их прав и предоставления стимулов и возможностей для развития карьеры, особенно для медперсонала в сельских районах;

d) укреплять потенциал хорошо подготовленных медицинских работников и включать правозащитный подход в учебную программу медицинского образования с уделением особого внимания социальным факторам здоровья (таким как нищета, насилие и дискриминация), правам человека при лечении пациентов, принципам медицинской этики, новым подходам к предоставлению услуг инвалидам и партнерству между медицинскими работниками и пользователями;

e) укреплять практику саморегулирования и деятельность по наращиванию потенциала работников здравоохранения в целях пропаганды передовой практики в области медицины и предотвращения нарушений этических норм и прав человека;

f) разработать непредвзятые и основанные на фактических данных руководящие принципы лечения в целях сведения к минимуму возможностей для коррупции;

g) бороться с практикой неофициальных платежей в секторе здравоохранения путем обеспечения достойной заработной платы и достойных условий труда, гарантий занятости и вознаграждения за хорошую работу и поведение;

h) обеспечить мониторинг и подотчетность в секторе здравоохранения посредством создания хорошо обеспеченных ресурсами и независимых учреждений по борьбе с коррупцией и мошенничеством, а также доступных и эффективных процедур подотчетности для тех, кто сталкивается с коррупционной практикой;

i) повышать осведомленность о негативном воздействии всех форм коррупции в секторе здравоохранения, включая неофициальные платежи, на здоровье и благосостояние отдельных лиц и общества в целом;

j) распространять и эффективно применять *Руководство по оказанию медико-социальной помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно неконформным людям* среди медицинских работников на всех уровнях системы здравоохранения и в других учреждениях;

k) принять всеобъемлющее антидискриминационное законодательство;

l) эффективно защищать права всех беженцев и мигрантов, включая их право на физическое и психическое здоровье;

m) разработать всеобъемлющую долгосрочную стратегию по сокращению и в конечном счете ликвидации зависимости от крупных, изолированных учреждений; и обеспечить минимальные условия для защиты достоинства и прав человека живущих в них людей без расширения этих учреждений;

n) укрепить независимые механизмы мониторинга учреждений интернатного типа, с тем чтобы гарантировать достойные условия жизни для находящихся в них лиц в условиях уважения их достоинства и отсутствия возможностей для злоупотреблений или нарушений прав человека;

o) создать для детей и взрослых с умственными и психосоциальными расстройствами общинные службы, обеспечивающие преимущественно небомедицинское вмешательство, при участии секторов здравоохранения, образования и социального обеспечения и тесном сотрудничестве между ними;

p) обеспечить учреждения первичной медико-санитарной помощи специалистами-психиатрами, работающими в качестве консультантов в амбулаторных и дневных центрах;

q) направлять национальные финансовые ресурсы для неуклонной реализации программы «Атлантик» и лечения туберкулеза в местах лишения свободы;

г) продолжать оказывать поддержку медицинским работникам в соответствии со Стамбульским протоколом в местах содержания под стражей, проводить медицинские расследования предполагаемых случаев пыток и жестокого обращения и сообщать о них; и сотрудничать с медицинским персоналом в поиске путей совершенствования и рационализации существующих процедур отчетности;

с) изыскать надлежащие пути и эффективные стимулы для интеграции тюремных служб здравоохранения в национальную систему здравоохранения, находящуюся в ведении Министерства здравоохранения;

т) укреплять сексуальное просвещение и услуги в области репродуктивного здоровья для решения проблемы передачи ВИЧ половым путем и обеспечить применение правозащитного подхода, гарантирующего качественные комплексные услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ, не допускающие стигматизации и дискриминации, с уделением особого внимания первичной медицинской помощи;

и) укреплять потенциал медицинских служб и медицинского персонала в области предоставления качественных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья;

в) в рамках качественных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья обеспечивать качественное планирование семьи и консультирование по этим вопросам; современные методы контрацепции, в том числе посредством увеличения бюджетных ассигнований и государственного финансирования; более качественную неотложную акушерскую помощь; повышение осведомленности о важности получения надлежащего родового ухода; программы, направленные на удовлетворение потребностей подростков и молодежи в области репродуктивного здоровья, не допускающие стигматизации и направленные на расширение их знаний о способах передачи ВИЧ половым путем;

w) активизировать усилия по борьбе со всеми формами сексуального насилия, включая детские, ранние или принудительные браки.
