



# Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
16 July 2018  
Russian  
Original: English

---

## Семьдесят третья сессия

Пункт 74 b) первоначального перечня\*

**Поощрение и защита прав человека: вопросы прав человека, включая альтернативные подходы в деле содействия эффективному осуществлению прав человека и основных свобод**

## Права инвалидов

### Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь имеет честь препроводить Генеральной Ассамблее доклад Специального докладчика по вопросу о правах инвалидов Каталины Девандас-Агилар, представленный в соответствии с резолюцией [35/6](#) Совета по правам человека.

---

\* [A/73/50](#).



## **Доклад Специального докладчика по вопросу о правах инвалидов**

### *Резюме*

В настоящем докладе Специальный докладчик по вопросу о правах инвалидов, рассматривает проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды при осуществлении своего права на наивысший достижимый уровень здоровья, а также предоставляет рекомендации для государств относительно того, как поощрять медицинские услуги, охватывающие инвалидов и доступных для них.

## I. Введение

1. В настоящем докладе особо освещаются различные проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды при осуществлении своего права на наивысший достижимый уровень здоровья, а также содержатся руководящие указания для государств относительно того, как поощрять основанные на правах человека медицинские услуги, которые являются всеобъемлющими и доступными. Изложенные в докладе международные нормы в области прав человека основаны на предыдущих рекомендациях механизмов Организации Объединенных Наций по правам человека, включая договорные органы и специальные процедуры.

2. При подготовке своего доклада Специальный докладчик проанализировала 116 ответов на вопросник, разосланный государствам-членам, национальным правозащитным учреждениям и организациям гражданского общества, включая организации, представляющие инвалидов<sup>1</sup>. Она также организовала консультации экспертов с представителями учреждений Организации Объединенных Наций, организаций инвалидов и представителей научных кругов.

## II. Понимание проблемы здоровья инвалидов

3. Здоровье имеет ключевое значение для человеческого благополучия и счастья. Здоровье позволяет людям вести полноценную жизнь и в полной мере реализовать свой потенциал. Когда люди не имеют доступа к услугам здравоохранения, включая медицинские и реабилитационные услуги, они могут оказаться не в состоянии посещать школу, получать доступ к возможностям получения средств к существованию или участвовать в жизни общества. Здоровье имеет ключевое значение для экономического роста, поскольку здоровое население уделяет больше времени учебе, является более продуктивным, накапливает больше сбережений и живет дольше<sup>2</sup>. Доступ к медицинским и реабилитационным услугам на раннем этапе обеспечивает более высокие показатели состояния здоровья и снижает расходы систем здравоохранения и социального обеспечения, связанных с неудовлетворительным состоянием здоровья. Проблема здоровья выходит за рамки формальных систем здравоохранения. Такие факторы, как безопасное и доступное жилье, транспорт, образование и занятость также влияют на состояние здоровья отдельных лиц и сообществ. Таким образом, здравоохранение представляет собой как результат, так и путь к достижению устойчивого развития (см. A/71/304).

4. Инвалиды имеют такие же, как и все другие люди потребности в области здравоохранения, включая необходимость укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Они могут также иметь дополнительные особые медицинские потребности, обусловленные их нарушениями здоровья и другими основными детерминантами здоровья, такими как нищета, дискриминация, насилие и социальная изоляция. Несмотря на то что некоторые нарушения здоровья неизбежно прогрессируют с течением времени, неблагоприятная физическая и социальная среда может ухудшить первичные условия или усугубить вторичные последствия первичных условий.

<sup>1</sup> См. [www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/StandardOHealth.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/StandardOHealth.aspx).

<sup>2</sup> См. D. Bloom and D. Canning, *Population Health and Economic Growth* (Commission on Growth and Development, 2008). Доступно по адресу: [//siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth\\_Commission\\_Working\\_Paper\\_24\\_Population\\_Health\\_Economic\\_Growth.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf).

5. В связи с высоким уровнем нищеты, дискриминации, насилия и социальной изоляции, а также значительных препятствий в доступе к услугам здравоохранения инвалиды подвергаются более высокому риску ухудшения состояния здоровья, чем население в целом, и поэтому они с большей вероятностью могут нуждаться в услугах здравоохранения и пользоваться ими. Например, они подвергаются большему риску случайного травматизма; развития вторичных, сопутствующих и возрастных патологий, насилия и преждевременной смерти<sup>3</sup>. Аналогичным образом, они в большей степени нуждаются в реабилитационных и реабилитационных медицинских услугах, которые имеют ключевое значение для поддержания хорошего состояния здоровья, независимого образа жизни, экономической продуктивности и полноценной жизни. Некоторые инвалиды могут нуждаться в более широком доступе к специализированным медицинским услугам в дополнение к первичной медико-санитарной помощи.

6. Инвалиды могут вести активную, продуктивную долгую и здоровую жизнь. Наличие патологий не следует приравнивать к плохому состоянию здоровья. Здоровье означает динамичное состояние благополучия в результате сочетания индивидуальных потенциальных способностей, жизненных потребностей и социально-экологических детерминант<sup>4</sup>. Независимо от патологии или состояния здоровья, инвалиды могут вести здоровый образ жизни, выявляя и реализуя свои устремления, удовлетворяя свои потребности и меняясь вместе с окружающими условиями или преодолевая их<sup>5</sup>. Кроме того, важно осознавать, что понятие патологии различается как в рамках истории, так и в зависимости от особенностей культуры или общества, отражая ценности и нормы конкретного периода времени и места<sup>6</sup>. Многие инвалиды также не рассматривают свои физические и функциональные отклонения как фактические патологии, а, скорее, считают их позитивными и нормальными особенностями их идентичности или как мнимые патологии.

7. Исторически инвалиды рассматривались исключительно в качестве «пациентов», причем их мнение воспринималось как менее ценное по сравнению с мнением так называемых «экспертов», особенно медицинских работников. В рамках медицинского подхода к инвалидности, в инвалидах видели не правообладателей, а лишь «носителей» патологий<sup>7</sup>. В силу того что их инвалидность воспринималась исключительно в качестве медицинской проблемы, основное внимание в мерах реагирования уделялось их «фиксированию» и «без учета лечения», их воли и предпочтений. Однако с 1960-х годов, движение за права инвалидов поставило под сомнение такие медицинские модели и указало на негативную роль барьеров и притеснений в жизни инвалидов. Вследствие этого в настоящее время под инвалидностью понимается социальная конструкция, являющаяся результатом взаимодействия между лицами с фактическими и предполагаемыми патологиями и барьерами, связанными с установками и окружающей средой. В настоящее время следует уйти от таких подходов, как жалость, и признать инвалидов в качестве равноправных членов многообразного человеческого сообщества.

<sup>3</sup> World Health Organization (WHO) and World Bank, *World Report on Disability* (2011), pp. 53–60.

<sup>4</sup> J. Bircher and E.G. Hahn, “Understanding the nature of health: new perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs”, *F1000Research* 5:167 (2016). Доступно по адресу: <https://f1000research.com/articles/5-167/v1>.

<sup>5</sup> Оттавская хартия по укреплению здоровья, принятая на первой Международной конференции по содействию здоровью, которая состоялась в Оттаве 21 ноября 1986 года.

<sup>6</sup> B. Ingstad and S. R. Whyte (eds.), *Disability and Culture* (University of California Press, 1995).

<sup>7</sup> См. пункт 8 замечания общего порядка № 6 (2018) Комитета по правам инвалидов (CRPD/C/GC/6).

8. Вопрос о профилактике инвалидности требует разъяснения. Государства нередко представляют политические и бюджетные обязательства, касающиеся политики в области первичной профилактики, в качестве инвестиций в права инвалидов. Хотя кампании в области общественного здравоохранения, проводимые в целях профилактики болезней и инвалидности среди населения в целом, являются одним из важных компонентов государственной политики в области общественного здравоохранения, их не следует рассматривать в рамках усилий, направленных на поощрение прав инвалидов. С точки зрения прав человека государства должны обеспечивать, чтобы инвалиды имели доступ наравне с другими к услугам по укреплению здоровья и профилактике, включая предотвращение дальнейших патологий. Кроме того, государства должны гарантировать, чтобы стратегии и программы по укреплению здоровья и профилактике болезней не допускали стигматизации инвалидов, поскольку это оказывает прямое негативное воздействие на их интеграцию и участие в жизни общества.

### III. Право инвалидов на здоровье

9. Право на здоровье признано в ряде международных и региональных договорах по правам человека<sup>8</sup>. Оно включает как свободы, так и производные права<sup>9</sup>. К свободам относятся право на недискриминацию, на принятие решений, влияющих на здоровье и физическую неприкосновенность личности, на свободное и информированное согласие, право не подвергаться без свободного согласия медицинскому лечению или научным опытам и право на свободу от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. К производным правам относятся право на первичную медико-санитарную помощь и на доступ к основным лекарствам. Право на здоровье охватывает основополагающие детерминанты здоровья, такие как доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным услугам, достаточное снабжение продовольствием, питание и жилищные условия, безопасные условия труда и окружающей среды, а также доступ к просвещению и информации в области здоровья<sup>10</sup>.

10. Государства обязаны соблюдать, защищать и осуществлять право на здоровье. Соответственно, государства должны воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на здоровье человека; принимать меры по предотвращению такого посягательства третьих сторон; и принимать позитивные меры, позволяющие отдельным лицам и общинам пользоваться этим правом, и содействовать им в этом. Кроме того, государства должны обеспечивать, чтобы медицинские товары, услуги и помещения имелись в достаточном количестве (наличие); были финансово и физически доступными, в том числе с географической точки

<sup>8</sup> См. Всеобщая декларация прав человека (статья 25.1), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (статья 12), Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (статья 5 (е) (iv)), Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (статьи 11.1 (f) и 12), Конвенция о правах ребенка (статья 24), Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (статьи 28, 43.1 (е) и 45.1 (с)), Конвенция о правах инвалидов (статья 25), Европейская социальная хартия (пересмотренная) (статья 11), Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных и культурных прав (статья 10) и Африканская хартия прав человека и народов (статья 16).

<sup>9</sup> См. пункт 8 замечания общего порядка № 20 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (E/C.12/2000/4).

<sup>10</sup> Там же, пункт 11.

зрения, включая доступную информацию и связь без какой-либо дискриминации (доступность); соответствовали нормам медицинской этики, были приемлемыми в культурном плане и учитывали гендерные аспекты и требования согласно жизненному циклу (приемлемость); были приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и обладали хорошим качеством (качество). Право на здоровье также требует участия населения в принятии решений по всем связанным со здоровьем вопросам<sup>11</sup>.

11. Инвалиды находятся под защитой тех же общих рамок права на здоровье, как и все другие люди. В то же время международная правозащитная система уделяла мало внимания их потребностям в области здравоохранения вплоть до принятия Конвенции о правах инвалидов<sup>12</sup>. Фактически эти рамки допускают ограничения в отношении осуществления ими различных элементов права на здоровье в исключительных обстоятельствах. Например, в Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи установлен более низкий уровень защиты от нарушений прав человека в медицинских учреждениях.

12. Конвенция о правах инвалидов<sup>13</sup> отменяет и заменяет эти предыдущие нормы. Она отходит от медицинских и патерналистских подходов к инвалидности и утверждает основанный на правах человека подход, который рассматривает инвалидов в качестве правообладателей, а не просто как получателей защиты, реабилитации или социального обеспечения. Инвалидность уже рассматривается не как медицинская проблема, а как социальная концепция. В Конвенции подчеркивается необходимость устранения всех общественных структур, барьеров и практики, ограничивающих полное и равное осуществление права на наивысший достижимый уровень здоровья для всех инвалидов.

13. Многие положения Конвенции относятся к праву на здоровье или к основополагающим детерминантам здоровья. В статье 25 Конвенции подтверждается право всех инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации. Сюда входят все элементы структуры права на здоровье, включая, среди прочего, свободы, производные права, участие, мониторинг и подотчетность. В статье 25 также содержится неисчерпывающий перечень норм и обязательств, которые государства должны гарантировать при осуществлении права на здоровье, включая доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья; доступ к предлагаемым населению государственным программам здравоохранения; предоставление услуг как можно ближе к общинам, в том числе в сельских районах; предоставление медицинских услуг, ориентированных на конкретную форму инвалидности, включая профилактику дальнейших патологий; предоставление инвалидам медицинских услуг того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия; обучение кадров медицинских работников и принятие этических стандартов для государственного и частного здравоохранения; обеспечение равного доступа к медицинскому страхованию и страхованию жизни; и запрещение отказа в медицинском уходе либо в получении пищи или жидкостей по причине инвалидности.

<sup>11</sup> Там же.

<sup>12</sup> G. Quinn and T. Degener, "Human rights and disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability" (Geneva, OHCHR, 2002). Доступно по адресу: [www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf).

<sup>13</sup> United Nations, *Treaty Series*, vol. 2515, No. 44910.

14. Статья 25 (d) Конвенции заслуживает особого внимания. В этом пункте содержится ссылка на право на свободное и информированное согласие на медицинское лечение и научные опыты, в том числе право на отказ от лечения, которое широко признано в международных нормах по правам человека<sup>14</sup>. Несмотря на то что это является одним из основных элементов права на здоровье и права на свободу от пыток и жестокого обращения, инвалидов нередко лишают этой возможности. Например, в статьях 6 и 7 принятой в 1997 году Конвенции о правах человека и биомедицине Совета Европы допускаются исключения в отношении права инвалидов на отказ от госпитализации или научных опытов без их свободного согласия. Аналогичным образом, некоторые договорные органы и специальные процедуры Организации Объединенных Наций оправдывает использование принуждения в отношении инвалидов в сфере здравоохранения, включая принудительное лечение и госпитализацию, содержание в изоляции, применение средств ограничения свободы и принудительной стерилизации, исходя из принципов «медицинской необходимости» и «опасности» (см., например, [CCPR/C/GC/35](#) и [A/HRC/22/53](#)). Эти стандарты и правоприменительная практика противоречат положениям Конвенции о правах инвалидов, которая запрещает все формы принуждения на основе фактической или предполагаемой инвалидности, даже в том случае, если для их обоснования используются дополнительные факторы или критерии.

15. Кроме того, статья 25 (d) Конвенции устанавливает обязательство «требовать, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия», причем это обязательство подкрепляется всеобщим признанием правоспособности инвалидов (статья 12) и абсолютный запрет на лишение свободы на основании инвалидности, включая принудительную госпитализацию (статья 14). Комитет по правам инвалидов подчеркивал, что государства-участники обязаны не допускать того, чтобы лица, ответственные за субститутивное принятие решений (например, опекуны), давали согласие от имени инвалидов<sup>15</sup>. Вместо этого следует обеспечить суппортивную модель принятия решений, при этом сотрудники системы здравоохранения и медицинский персонал должны принимать меры к тому, чтобы лица, оказывающие поддержку, с уважением относились к воле и предпочтениям инвалида и не подменяли решений инвалидов или не оказывали неуместного влияния на эти решения<sup>16</sup>. В тех случаях, когда после значительных усилий невозможно получить свободное и информированное согласие и выяснить их волю и предпочтения, в том числе путем оказания поддержки и с помощью соответствующих приспособлений, в качестве крайней меры следует применять принцип «наилучшего толкования воли и предпочтений»<sup>17</sup>.

16. Другие положения Конвенции дополняют статью 25. Например, статья 5 запрещает любые формы дискриминации, в том числе в сфере здравоохранения; статья 9 требует обеспечения доступа ко всем медицинским учреждениям, средствам транспорта, информации, связи и услугам; статья 10 подтверждает право

<sup>14</sup> Международный пакт о гражданских и политических правах (статья 7), Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (статьи 5 и 6) и Конвенция о правах человека и биомедицине (статья 5). Право на свободное и информированное согласие было истолковано как составная часть права на личную неприкосновенность, права на свободу от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания, права на неприкосновенность частной жизни и права на наивысший достижимый уровень здоровья.

<sup>15</sup> См. пункт 41 замечания общего порядка № 2 (2014) Комитета по правам инвалидов ([CRPD/C/GC/1](#)).

<sup>16</sup> Там же.

<sup>17</sup> Там же, пункт 21.

инвалидов на жизнь; статьи 15 и 17 признают право на свободу от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания и право на личную неприкосновенность, включая свободу от принудительного медицинского лечения; статья 19 устанавливает право жить самостоятельно и быть полноценным членом общества, которое исключает сегрегацию и помещение в медицинские учреждения; в статье 22 признается право на неприкосновенность частной жизни, в том числе на конфиденциальность медицинской информации; статья 23 предусматривает право инвалидов на доступ к просвещению по вопросам репродуктивного поведения и планированию семьи и на сохранение своей фертильности, а также на принятие решений о числе детей и интервалах между их рожденьями, что исключает принудительную стерилизацию; в статье 21 речь идет о доступе к информации в целях преодоления неграмотности в вопросах здоровья; статья 28 устанавливает права на достаточный жизненный уровень и социальную защиту, которые охватывают социальные детерминанты здоровья.

17. Статья 26 Конвенции дополняет обязательство гарантировать услуги в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности. Статья требует от государств предоставлять комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы<sup>18</sup>, особенно в сфере здравоохранения, с тем чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. Необходимо как можно более раннее предоставление этих услуг и программ, основываясь на многопрофильной оценке; содействие вовлеченности и включению в сообщество; обеспечение добровольного характера этих услуг и их предоставления как можно ближе к местам проживания инвалидов. Кроме того, статья 26 требует от государств обучения специалистов и персонала, работающих в сфере абилитации и реабилитации и поощрять наличие, знание и использование ассистивных устройств и технологий.

18. Право на здоровье включает как безотлагательные обязательства, так и обязательства с прогрессивным осуществлением. К числу первых относятся недопущение дискриминации; недопущение медицинского лечения или научных опытов без свободного согласия; доступ к продовольствию, базовому жилью и санитарно-гигиеническим услугам и безопасной питьевой воде; а также доступ к первичной медико-санитарной помощи и лекарствам<sup>19</sup>. Последние возлагают на государства обязательство как можно более быстрого и эффективного продвижения в направлении полного осуществления права на здоровье с полным использованием имеющихся в их распоряжении ресурсов, в том числе полученных по линии международного сотрудничества<sup>20</sup>. Такие шаги должны быть осознанными, конкретными и целенаправленными<sup>21</sup>, и включать введение показателей и критериев, позволяющих надлежащим образом отслеживать прогресс в

<sup>18</sup> Абилизация и реабилитация включают широкий комплекс мер, с тем чтобы наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни. Абилизация означает услуги, ориентированные на лиц с врожденной инвалидностью или приобретенной в ранний период их жизни, в то время как реабилитация — это услуги для лиц, приобретающих инвалидность на более позднем этапе жизни.

<sup>19</sup> См. пункт 43 замечания общего порядка № 14 (2000) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (E/C.12/2000/4).

<sup>20</sup> Там же, пункты 31 и 32.

<sup>21</sup> Там же, пункт 30.



динамике по времени. По мнению Специального докладчика, доступ к существенно важным услугам абилитации и реабилитации, ассистивным устройствам и основным услугам в области здравоохранения, которые необходимы инвалидам вследствие имеющихся у них патологий, следует рассматривать в качестве основных обязательств, которые не подлежат прогрессивному осуществлению.

19. Государства обязаны защищать инвалидов от совершаемых третьими сторонами нарушений их права на здоровье в пределах своей территории и/или под их юрисдикцией. Конвенция конкретно предписывает государствам-участникам принимать все надлежащие меры для ликвидации дискриминации по признаку инвалидности со стороны любого лица, организации или частного предприятия (статья 4.1 (e)); и обеспечивать, чтобы частные предприятия, которые предлагают объекты и услуги, открытые или предоставляемые для населения, учитывали все аспекты доступности (статья 9.2 (b)). Государства-участники должны предупреждать и пресекать нарушения прав человека, совершаемые негосударственными субъектами частного сектора, и обеспечивать возмещение ущерба, как это предусмотрено в Руководящих принципах предпринимательской деятельности в аспекте прав человека (A/HRC/17/31, приложение).

20. Обязательство никого не забыть, требует, чтобы все инвалиды могли пользоваться полным спектром возможностей, создаваемых Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (резолюция 70/1 Генеральной Ассамблеи), включая различные цели, связанные с охраной здоровья, которые открывают возможности для осуществления права инвалидов на здоровье. Конвенция о правах инвалидов обеспечивает нормативные руководящие указания по осуществлению целей в области устойчивого развития в аспекте прав человека. Необходимы дезагрегированные данные, как это предусмотрено в цели 17, для определения не забыты ли инвалиды в плане доступа к услугам здравоохранения.

## IV. Трудности и проблемы

21. Специальный докладчик определила три основные проблемы, связанные с осуществлением инвалидами права на здоровье: а) неравенство в области здравоохранения и медицинского обслуживания; б) препятствия на пути доступа к услугам здравоохранения; и с) специфические нарушения прав человека в медицинских учреждениях.

### A. Неравенство в области здравоохранения и медицинского обслуживания

22. Инвалиды сталкиваются с существенным неравенством в области здравоохранения и медицинского обслуживания. Среди инвалидов широко распространены вторичные и сопутствующие патологии, включая такие хронические заболевания как гипертония, сердечно-сосудистые заболевания и диабет. Хотя некоторые из этих патологий связаны с инвалидностью, коренными причинами уязвимости перед многими из этих патологий и/или их усугубления являются несправедливость в доступе к здравоохранению, медицинскому просвещению и экономическим ресурсам. Например, согласно исследованиям, лица с интеллектуальными недостатками умирают в среднем на 15–20 лет раньше, чем население в целом, в значительной мере вследствие пренебрежения плохого обращения и отказа от проведения регулярной диспансеризации, участия в мероприятиях

тиях по укреплению здоровья и профилактике заболеваний<sup>22</sup>. Аналогичным образом, средняя продолжительность жизни людей с психосоциальными расстройствами на 20–25 лет меньше вследствие многочисленных факторов, включая соматические заболевания, связанные с антипсихотическими препаратами<sup>23</sup>.

23. Кроме того, инвалиды значительно чаще нуждаются в медицинской помощи, чем люди без инвалидности, при этом они также чаще сообщают о том, что не получают такую помощь<sup>24</sup>. Например, в одном исследовании было установлено, что уровень неудовлетворенных потребностей инвалидов в сфере здравоохранения в три раза превышает этот показатель среди лиц без инвалидности<sup>25</sup>. Имеющиеся фактические данные также свидетельствуют о том, что инвалиды находятся в неблагоприятном положении в плане доступа к первичной медико-санитарной помощи, что создает порочный круг худших результатов мероприятий в области здравоохранения у инвалидов. Дети с инвалидностью зачастую не получают базовое лечение в связи с распространением детских болезней, которые могут стать опасными для жизни при отсутствии лечения<sup>26</sup>. Существует ошибочное предположение, что инвалидам постоянно требуются специализированные услуги, однако большинство их потребностей в области здравоохранения могут быть удовлетворены в рамках первичной медико-санитарной помощи.

24. Инвалиды имеют ограниченный доступ к услугам абилитации и реабилитации. В то время, как в услугах по реабилитации нуждаются различные категории людей, такими услугами, как правило, весьма слабо охвачена многообразная группа, которую составляют инвалиды<sup>27</sup>. Это включает доступ к физиотерапии, логопедии и психосоциальной реабилитации. Особенно ограниченный охват наблюдается в странах с низким и средним уровнем доходов, где в некоторых случаях лишь 3–5 процентов инвалидов пользуются этими услугами<sup>28</sup>. Кроме того, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что во многих странах с низким и средним уровнем доходов лишь 5–15 процентов инвалидов, нуждающихся в ассистивных устройствах и технологиях, имеют к ним доступ<sup>29</sup>.

25. Инвалиды сталкиваются с серьезными проблемами в получении доступа к специализированным услугам здравоохранения, которые имеют важное значение для многих групп населения. Например, значительное число новорожденных с врожденными формами инвалидности, такими как расщепленный позво-

<sup>22</sup> Health Quality Improvement Partnership, *The Learning Disabilities Mortality Review*, annual report 2017.

<sup>23</sup> S. Saha, D. Chant and J. McGrath, “A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, No. 10 (2007), pp. 1123–1131.

<sup>24</sup> WHO and World Bank, *World Report on Disability* (2011), pp. 60–62.

<sup>25</sup> M. A. McColl, A. Jarzynowska and S.E.D. Shortt, “Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence”, *Disability and Society*, vol. 25, No. 2 (2010), pp. 205–218.

<sup>26</sup> WHO and United Nations Children’s Fund (UNICEF), “Early childhood development and disability: a discussion paper” (2012), p. 17.

<sup>27</sup> T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, “Access to health for persons with disabilities”, discussion paper commissioned by the Special rapporteur on the rights of persons with disabilities (2018), pp. 21–26. Доступно по адресу: <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/resources/>.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>29</sup> Информационный бюллетень ВОЗ по ассистивным технологиям (18 мая 2018 года), [www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology).

ночник и гидроцефалия, умирают до достижения месячного возраста из-за отсутствия специализированного лечения<sup>30</sup>. Кроме того, общемировой проблемой является отсутствие точного диагностирования и эффективного лечения для большинства редких заболеваний<sup>31</sup>.

26. Как правило, инвалиды не являются объектом стратегий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Дети с инвалидностью нередко исключаются из программ вакцинации даже в тех странах, где общие показатели вакцинации резко возросли<sup>32</sup>. Некоторые исследования показывают, что женщины с инвалидностью имеют ограниченный доступ к услугам по скринингу рака<sup>33</sup>. Лица, страдающие альбинизмом, не имеют доступа к надлежащим средствам защиты от солнца. Глухие люди испытывают значительные пробелы в знаниях в области профилактики заболеваний. Аналогичным образом, усилия, направленные на поощрение здорового образа жизни, например регулярные физические упражнения и правильный рацион питания, как правило, недоступны для инвалидов и почти не учитывают их потребности<sup>34</sup>.

27. Хотя инвалиды, как и все другие люди, ведут активную сексуальную жизнь, они имеют ограниченный доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. В нескольких исследованиях было установлено, что они имеют более низкий уровень доступа к качественным услугам по сравнению с людьми без инвалидности, в том числе ограниченный доступ к сексуальному просвещению и информации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и прав<sup>35</sup>. Молодые люди с инвалидностью, например, как правило, демонстрируют более низкий уровень знаний о передаче и профилактике ВИЧ<sup>36</sup>. Женщины и девочки — инвалиды также сообщают о том, что не удовлетворяются их потребности и ожидания в области родовых и гинекологических услуг<sup>37</sup>.

28. Инвалиды сталкиваются с серьезным неравенством в области стоматологической помощи и доступе к ней. Большинство потребностей в стоматологической помощи как инвалидов, так и населения в целом, не являются трудноразрешимыми и могут быть удовлетворены на уровне первичной медико-санитарной помощи на уровне общин<sup>38</sup>. Тем не менее среди инвалидов в большей степени распространены заболевания полости рта по сравнению с остальной частью

<sup>30</sup> Информационный бюллетень ВОЗ по врожденным аномалиям (7 сентября 2016 года), [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies).

<sup>31</sup> European Commission, *Rare diseases — a major unmet medical need* (2017), p. 9.

<sup>32</sup> UNICEF, “Disability prevention efforts and disability rights: finding common ground on immunization efforts”, working paper. Доступно по адресу: [www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF\\_Immunization\\_and\\_Disability\\_Paper\\_FINAL.pdf](http://www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf).

<sup>33</sup> J. Angus, L. Seto, N. Barry et al., “Access to cancer screening for women with mobility disabilities”, *Journal of Cancer Education*, vol. 27, No. 1 (March 2012), pp. 75–82; K. Peters and A. Cotton, “Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities”, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, Nos. 3 and 4 (March 2012), pp. 563–72.

<sup>34</sup> J. H. Rimmer, “Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions”, *Physical Therapy*, vol. 79, No. 5 (1 May 1999), pp. 495–502.

<sup>35</sup> S. H. Braathen, P. Rohleder and G. Azalde, *Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature* (SINTEF, 2017), pp. 13–15. Доступно по адресу: [www.sintef.no](http://www.sintef.no).

<sup>36</sup> Ibid., pp. 13–14.

<sup>37</sup> Ibid., p. 16.

<sup>38</sup> World Dental Federation, “Oral health and dental care of people with disabilities”, policy statement adopted by the FDI General Assembly, Poznań, Poland, September 2016.

населения, а также отмечается более высокий уровень неудовлетворенных потребностей в стоматологической помощи<sup>39</sup>. Особенно высокая распространенность запущенных стоматологических заболеваний отмечается среди инвалидов с высокими потребностями в поддержке и находящихся в учреждениях интернатного типа<sup>40</sup>.

29. Зачастую инвалиды не получают психиатрическую помощь, которая им может потребоваться и которую они могут запросить. Как указал Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье, наблюдается тревожное «глобальное бремя препятствий», подрывающее осуществление права на психическое здоровье, включая преобладание биомедицинской модели, неравномерность полномочий и предвзятое использование фактических данных в области психического здоровья (см. [A/HRC/35/21](#)). Этот подход к психическому здоровью способствует стигме, изоляции, пренебрежению, принуждению и злоупотреблениям в отношении инвалидов, в частности страдающих психосоциальными и интеллектуальными расстройствами, слабоумием и аутизмом, а также ограничивает политические меры реагирования в области оказания психиатрической помощи и психосоциальной поддержки для тех, кто обращается за ней. Например, государственные расходы на службы охраны психического здоровья направляются главным образом на стационарное лечение, особенно в психиатрических больницах и в учреждениях интернатного типа, в то время как общинные и непринудительные психосоциальные услуги практически не финансируются<sup>41</sup>.

30. Основные детерминанты здоровья также вызывают обеспокоенность. Инвалиды чаще сталкиваются с нищетой и социальной изоляцией, что повышает как вероятность плохого состояния здоровья, так и препятствий в доступе к медицинскому обслуживанию. Инвалиды также подвергаются повышенному риску насилия (см. [A/70/297](#)). Взрослые инвалиды подвергаются двойному риску насилия по сравнению с лицами, не имеющими инвалидности, причем этот риск возрастает в шесть раз в случае взрослых лиц с психосоциальными расстройствами<sup>42</sup>. Дети с инвалидностью в шесть раз чаще, чем другие дети, подвергаются насилию и злоупотреблениям<sup>43</sup>. В отношении детей с психосоциальными или интеллектуальными нарушениями отмечается более высокая распространенность риска насилия по сравнению с другими видами инвалидности. Кроме того, многие проблемы со здоровьем, распространенные среди детей с инвалидностью, могут быть обусловлены ограниченным доступом к основным детерминантам здоровья, таким как безопасная питьевая вода, надкроватные сетки и обобщенные питательными веществами пищевые продукты<sup>44</sup>.

## **В. Препятствия для доступа к услугам здравоохранения**

31. Основными препятствиями для доступа к услугам здравоохранения являются стигма и стереотипы. Несмотря на наличие свидетельств об обратном, ложные представления о здоровье инвалидов стали основанием для предположения о том, что их потребности невозможно удовлетворять посредством первичных медико-санитарных услуг, либо они не являются надлежащими кандидатами для программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

<sup>39</sup> D. Faulks and others, “The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health”, *European Journal of Dental Education*, vol. 16 (2012), pp. 195–201.

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> WHO, *Mental Health Atlas 2014* (Geneva, 2015), p. 31.

<sup>42</sup> T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, “Access to health for persons with disabilities” (сноска 27, выше), p. 8.

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> UNICEF, “Disability prevention efforts and disability rights” (сноска 32, выше), p. 3.

Стигма и негативные стереотипы также вызывают отрицательное и враждебное отношение со стороны организаций и лиц, предоставляющих услуги. Например, они играют существенную роль в ограничении услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав девочек и молодых женщин с инвалидностью (см. A/72/133). Кроме того, чувство стыда и стигма, связанные с инвалидностью, не позволяют инвалидам и членам их семей обращаться за медицинской помощью или услугами по реабилитации.

32. Необходимо переосмыслить и пересмотреть связанные с охраной здоровья международные инструменты и стандарты, которые могут приводить к дальнейшей стигматизации и патологизации инвалидности. Диагностические средства и классификационные инструменты, такие как Международная классификация болезней и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, могут усугубить существующую в обществе стигму и вынудить людей избегать обращения за медицинской помощью из-за опасения приобрести «ярлык» инвалида<sup>45</sup>. Аналогичным образом, показатели состояния здоровья, такие как годы жизни с поправкой на качество и годы жизни с поправкой на инвалидность, которые широко используются для оценки продолжительности жизни и связанного с состоянием здоровья благополучия и в качестве ориентира для распределения ресурсов, являются весьма неоднозначными вследствие этических последствий использования весовых коэффициентов инвалидности и их влияния на выработку политики<sup>46</sup>.

33. Инвалидам очень редко предоставляются абилитационные и реабилитационные услуги по медицинским показаниям. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что спрос на реабилитационные услуги намного превышает тот объем, которые могут предоставлять такие службы<sup>47</sup>. При наличии реабилитационных услуг они несоразмерно сконцентрированы в центральных больницах, а не в местных медицинских учреждениях. Физиотерапия более широко доступна по сравнению с другими методами лечения, такими как логопедия. Нехватка специалистов, предоставляющих реабилитационные услуги (например, физиотерапевтов, трудотерапевтов, логопедов, оптометристов, аудиологов или врачей общего профиля, занимающихся реабилитацией), и их концентрация в городах также создают серьезные препятствия для лиц, которым требуются услуги реабилитации, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов<sup>48</sup>. Как правило, в странах с низким и средним уровнем доходов наблюдается дефицит специализированных медицинских служб и специалистов.

34. Инвалиды также сталкиваются с ограничениями в плане доступа к здравоохранению по причине физической недоступности зданий, оборудования и услуг. Кроме того, в сельских и отдаленных районах преодоление расстояния до медицинских учреждений и обратно является серьезным препятствием для инвалидов вследствие нищеты, отсутствия доступных и недорогих средств транспорта и отсутствия поддержки со стороны семей и общин. Другие типичные препятствия включают отсутствие информации в доступном формате (например, с использованием алфавита Брайля или изложенной простым доступным языком); коммуникационные барьеры (например, отсутствие сурдоперевода или

<sup>45</sup> D. Ben-Zeev, M. A. Young and P. W. Corrigan, “DSM-V and the stigma of mental illness”, *Journal of Mental Health*, vol. 19, No. 4 (2010), pp. 318–27.

<sup>46</sup> D. A. Pettitt and others, “The limitations of QALY: a literature review”, *Journal of Stem Cell Research and Therapy*, vol. 6, No. 4 (2016), p. 4; R. Parks, “The rise, critique and persistence of the DALY in global health”, *The Journal of Global Health* (1 April 2014), размещено на веб-сайте: [www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/](http://www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/).

<sup>47</sup> WHO, “The need to scale up rehabilitation”, доступно по адресу: [www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1).

<sup>48</sup> WHO and World Bank, *World Report on Disability* (2011), p. 66.

подготовки обслуживающих организаций и лиц к общению с детьми и взрослыми с интеллектуальными нарушениями); предоставление информации и услуг только при посредничестве родственников и опекунов; и изоляция инвалидов в специальных учреждениях, лагерях, детских домах семейного типа или пансионатах (см. A/72/133).

35. Инвалиды сталкиваются с серьезными финансовыми барьерами в доступе к услугам здравоохранения. Хотя их расходы на медицинское обслуживание нередко выше, они имеют меньше возможностей для трудоустройства и в среднем беднее лиц без инвалидности. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что 51–53 процента инвалидов не имеют достаточно средств для оплаты медицинских услуг по сравнению с 32–33 процентами лиц без инвалидности<sup>49</sup>. У инвалидов также на 50 процентов выше вероятность столкнуться с катастрофически высокими медицинскими расходами (фактические текущие расходы превышают платежеспособность домохозяйства), которые ввергают их в нищету<sup>50</sup>. Высокие цены на лекарства и отсутствие или ограниченность доступа к непатентованным лекарственным препаратам также является серьезным препятствием для тех лиц, которым необходимо принимать лекарства в течение длительных периодов времени.

36. Дискриминация в сфере медицинского страхования является еще одним серьезным препятствием для доступа к услугам здравоохранения. Показатели охвата инвалидов нередко являются низкими, поскольку страховые компании зачастую отказывают им в предоставлении медицинского страхования вследствие уже имеющихся заболеваний. Признаки дискриминации могут также присутствовать в договорных положениях программ страхования, ограничивающих льготы или сферу охвата, которые могут получать инвалиды или несоразмерно увеличивающих стоимость страхового взноса. Такая практика нарушает положения Конвенции о правах инвалидов.

37. Серьезными проблемами также являются приемлемость и качество услуг здравоохранения. Медицинские услуги и программы, как правило, не адаптированы ко всему многообразию форм инвалидности, включая гендерные, возрастные и межкультурные требования. Так, например, многие дети с инвалидностью не переводятся из педиатрического во взрослый контингент в сфере здравоохранения из-за отсутствия специалистов или нежелания врачей общего профиля наблюдать инвалидов. Кроме того, при предоставлении услуг не всегда соблюдаются конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни инвалидов. Например, глухие люди нередко сталкиваются с нарушениями их права на неприкосновенность частной жизни, поскольку члены семьи могут потребоваться, чтобы выступать в качестве их переводчиков<sup>51</sup>. Кроме того, во многих странах доступ к медицинской помощи и реабилитационным услугам, зависит от получения справки об инвалидности, что представляет собой произвольное требование.

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> Ibid., p. 67.

<sup>51</sup> Y. Bat-Chava, D. Martin, and J. G. Kosciw, "Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people", *AIDS Care*, vol. 17, No. 5 (2005), pp. 623–634.

## С. Конкретные нарушения прав человека в медицинских учреждениях

38. Во многих странах инвалидам отказывают в лечении на основании их инвалидности. Хотя обосновывается это по-разному, от отсутствия доступа до недостаточного охвата медицинского страхования, во многих случаях основой для таких видов практики является презумпция того, что инвалиды приносят меньше пользы или имеют более низкое качество жизни. Физические недостатки и медицинские симптомы у инвалидов зачастую рассматриваются как составляющие их инвалидности, что приводит к отказу в предоставлении лечения. Еще более тревожным фактом является то, что инвалиды нередко рассматриваются как не заслуживающие лечения; многим детям и взрослым — инвалидам не предлагают лечение или отказывают в нем, включая жизненно важные и продлевающие жизнь виды лечения, поскольку такие меры вмешательства считаются бесполезными и неэффективными. Например, в одном исследовании было установлено, что многие медицинские учреждения не обеспечивают стандартные меры экстренной помощи, такие как торакотомия, при поступлении к ним пострадавших с травмой спинного мозга<sup>52</sup>. Неспособность обеспечить доступ к жизненно необходимым видам лечения и лекарственным препаратам для облегчения боли и страданий ставит под угрозу права на жизнь, здоровье и свободу от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения.

39. Широко распространенным нарушением права инвалидов на здоровье является отказ в праве на свободное и информированное согласие. Стандартные процедуры получения информированного согласия, как правило, предусматривают письменную форму, которая недоступна для слепых и тех, кто нуждается в интерпретации или коммуникационной поддержке. В большинстве национальных законодательств, прежде всего в законах об охране психического здоровья, предусматривается принудительная госпитализация и лечение инвалидов по признаку их фактической или предполагаемой патологии, как самой по себе, так и в сочетании с другими факторами типа «медицинской необходимости» и «опасности». Во многих странах опекунам и осуществляющим уход лицам разрешается давать от имени инвалида согласие на лечение, в том числе на участие в экспериментальных процедурах. Также отмечается увеличение масштабов обязательного амбулаторного лечения, которое не только ведет к росту масштабов недобровольного вмешательства, но и допускает другие формы злоупотреблений, такие как введение незаконных ограничений и запретов на нахождение за пределами жилища<sup>53</sup>. Масштабы принудительной госпитализации и лечения являются особенно завышенными в странах с высоким уровнем доходов, причем эти показатели быстро растут в ряде европейских стран<sup>54</sup>. В этом контексте серьезную обеспокоенность вызывает внедрение новых психотропных препаратов с цифровой системой контроля проглатывания («цифровые таблетки») ввиду их потенциального использования для принудительного лечения. Необходимо под-

<sup>52</sup> K. A. Gerhart and others, “Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers”, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 23, No. 4 (1994), pp. 807–812.

<sup>53</sup> A. Molodynsky, J. Rugkåsa, and T. Burns, *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford University Press, 2016).

<sup>54</sup> H. J. Salize and H. Dressing, “Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, No. 2 (February 2004), pp. 163–168; United Kingdom Department of Health and Social Care, “The independent review of the Mental Health Act”, interim report, May 2018.

черкнуть, что принудительные методы имеют не только социально-психологические последствия, но и оказывают негативное воздействие на физическое здоровье.

40. Инвалиды, особенно девочки и женщины, подвергаются серьезным нарушениям прав человека в области охраны их сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Они, как правило, лишены возможности принимать самостоятельные решения в отношении своего репродуктивного и сексуального здоровья и регулярно подвергаются насилию, надругательствам и пагубным видам практики, включая принудительное применение средств контрацепции, принудительные аборт и стерилизация (см. A/72/133). Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что по-прежнему широко распространена стерилизация женщин и девочек с интеллектуальными и психосоциальными расстройствами<sup>55</sup>. Зачавшие ребенка женщины подвергаются риску того, что их детей отберет государство или заберут их семьи<sup>56</sup>. Наличие опекуна или помещение в специальное учреждение повышают риск стать объектом какого-либо из указанных видов практики.

41. Растет число методов лечения и мер вмешательства, эффективность которых является неопределенной или считается спорной. К ним относятся, например, электрошоковая терапия, психохирургия, экспериментальные методы выведения ртути из организма, жесткие методы коррекции поведения и обезвреживания для детей-аутистов, кондуктивная педагогика для детей с церебральным параличом, удлинение конечностей у детей, страдающих от ограничения роста<sup>57</sup>. Многие из этих мер вмешательства являются инвазивными, болезненными и имеют необратимый характер, и, следовательно, могут приравниваться к пыткам или жестокому обращению в случае их принудительного применения. Применительно к детям, эти методы также противоречат принципу уважения развивающихся способностей детей-инвалидов и их права на сохранение своей индивидуальности.

42. Нередко наблюдаются случаи эксплуатации, насилия и надругательств в отношении инвалидов в медицинских учреждениях. Многие службы по вопросам психического здоровья на регулярной основе используют методы изоляции и ограничения, включая химические средства усмирения. Эти методы не преследуют никакой терапевтической цели и зачастую являются следствием отсутствия поддержки для лиц, переживающих эмоциональный кризис и испытывающих мучительные страдания (см. A/HRC/37/56). Кроме того, они используются в качестве наказания в целях принуждения к соблюдению режима лечения и приему лекарств. Аналогичным образом, широко распространенной практикой является избыточное применение медикаментов в отношении лиц, страдающих аутизмом и психосоциальными расстройствами, а также в отношении пожилых инвалидов, что может привести к седативному эффекту, травме, когнитивным и поведенческим изменениям и смерти. Как и любые лица, помещенные в условия сегрегации, инвалиды, также подвергаются высокому риску физического и сексуального насилия и эксплуатации в таких местах, как психиатрические больницы, дома престарелых и стационарные лечебные учреждения для несовершеннолетних.

<sup>55</sup> L. Servais, R. Leach, D. Jacques and J. P. Roussaux, "Sterilisation of intellectually disabled women", *European Psychiatry*, vol. 19, No. 7 (2004), pp. 428–432; L. Lennerhed, "Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why? ", *Reproductive Health Matters*, vol. 5, No. 10 (1997), pp. 156–161.

<sup>56</sup> T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities" (сноска 27 выше), p. 31.

<sup>57</sup> Ibid., p. 10.



## D. Множественные и перекрестные формы дискриминации

43. Инвалиды представляют собой разнородную группу с широким кругом расстройств и индивидуальных признаков, таких как расовая принадлежность, цвет кожи, пол, сексуальная ориентация, гендерная идентичность, язык, религия, национальное, этническое или социальное происхождение, принадлежность к коренному населению и возраст. Взаимодействие этих признаков усугубляет неравенство и наличие препятствий в области здравоохранения и медицинского обслуживания. Например, коммуникационные барьеры являются особенно значительными для инвалидов из числа мигрантов, беженцев и искателей убежища, а финансовые барьеры представляют наиболее серьезную проблему для инвалидов из определенных групп населения, таких как рома и коренные народы<sup>58</sup>.

44. Женщины-инвалиды неизменно имеют меньший доступ к услугам и программам здравоохранения по сравнению с женщинами без инвалидности и мужчинами-инвалидами<sup>59</sup>. Они также получают худшую по качеству медицинскую и профилактическую помощь. Кроме того, они с большей вероятностью могут стать объектами насилия, жестокого обращения и пренебрежения и столкнуться с нарушениями прав человека в области охраны их сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Женщины с тяжелыми формами инвалидности, имеют более высокие шансы получить отказ в удовлетворении медицинских потребностей и столкнуться с нарушениями прав человека в медицинских учреждениях.

45. Дети и пожилые люди — инвалиды также сообщают о значительном объеме неудовлетворенных потребностей в области охраны здоровья. Значительное их число направляют в специализированные учреждения, что существенно снижает их шансы на получение надлежащего питания и медицинского обслуживания и повышает риск развития вторичных патологий<sup>60</sup>. Они также подвергаются особенно высокому риску прохождения лечения без их информированного согласия. Ни при каких обстоятельствах доступ инвалидов к медицинскому обслуживанию не может зависеть от их нахождения в учреждениях интернатного типа.

46. Кроме того, в последние годы в геометрической прогрессии растет число детей с диагнозом аутизма, синдрома дефицита внимания/гиперактивности и другими нарушениями, что ведет к быстрому росту количества выписываемых рецептов на стимуляторы и другие психотропные препараты. Эти методы обычно являются результатом устаревшего понимания инвалидности и отсутствия надлежащей поддержки. Специальный докладчик подчеркивает, что патологизация и медикализация поведения детей-инвалидов является неприемлемой практикой, противоречащей принципу уважения к особенностям инвалидов и их принятия в качестве компонента многообразия среди людей.

<sup>58</sup> European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare* (2013), pp. 47–51.

<sup>59</sup> D. L. Smith, “Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey”, *Disability and Health Journal*, vol. 1, No. 2 (2008), pp. 79–88; D. Sakellariou and E. S. Rotarou, “Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data”, *BMJ Open*, vol. 7, No. 8 (2017).

<sup>60</sup> K. Maclean, “The impact of institutionalization on child development”, *Development and Psychopathology*, vol. 15, No. 4 (2003), pp. 853–884; F. D. Wolinsky and others, “The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults”, *Journal of Gerontology*, vol. 47, No. 4 (1992), pp. 173–182.

47. Инвалиды, лишённые свободы или находящиеся в лагерях беженцев, сталкиваются с серьёзными проблемами в получении доступа к медицинским услугам из-за отсутствия доступных медицинских учреждений и коммуникационной поддержки. Особенно значительной является проблема отсутствия доступа к медицинской помощи в экстренных случаях, а также в случаях, требующих специализированного лечения или хирургического вмешательства.

## V. Осуществление права инвалидов на здоровье

48. Государства могут принять ряд мер для улучшения положения в области осуществления права инвалидов на здоровье, включая пересмотр своих нормативно-правовых и директивных рамок; принятие конкретных мер в таких областях, как обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, доступность, отказ от дискриминации и участие; а также мобилизацию ресурсов для осуществления соответствующих мер.

### A. Нормативно-правовые рамки

49. Государства должны создать благоприятные нормативно-правовые рамки для реализации инвалидами права на здоровье. Необходимо пересмотреть законы об охране здоровья населения в свете международных норм, касающихся права на здоровье инвалидов и основанного на правах человека подхода к инвалидности. Такие нормы предписывают необходимость обеспечить медицинские товары, услуги и учреждения для инвалидов и сделать их доступными, недорогими, приемлемыми и высококачественными. В положения, исключающие или ограничивающие доступ инвалидов к медицинским услугам, включая услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, следует внести поправки, с тем чтобы способствовать всеобщему и равноправному доступу к ним.

50. Государства должны незамедлительно отменить все дискриминационные законы, допускающие госпитализацию и лечение инвалидов без их свободного и информированного согласия и/или по решению третьей стороны, в том числе опекунов, членов семьи и медицинских работников. Вместо этого государствам следует обеспечить заблаговременное планирование и другие формы поддержки принятия решений для лиц, нуждающихся в этом. Кроме того, государства должны рассмотреть вопрос о предоставлении детям возможности давать свое согласие на отдельные виды медицинского лечения и вмешательства без разрешения родителей, лиц по уходу за детьми или опекунов, в число которых входят тестирование на ВИЧ и услуги системы здравоохранения в области сексуального и репродуктивного здоровья<sup>61</sup>, а также рассмотреть вопрос о принятии протоколов для регулирования информированного согласия детей-инвалидов на все хирургические и прочие инвазивные процедуры. Законодательство должно предусматривать эффективные средства защиты инвалидов, чье право на здоровье было нарушено, в том числе адекватное, эффективное и быстрое исправление и компенсацию причиненного ущерба, а также судебные и административные санкции в отношении правонарушителей.

<sup>61</sup> См. пункт 31 замечания общего порядка № 15 (2013) Комитета по правам ребенка (CRC/C/GC/15).

## В. Директивные рамки

51. Государства должны всемерно учитывать права и потребности инвалидов в программах и директивах в области как первичного, так и специализированного медицинского обслуживания. Доступ к первичной медико-санитарной помощи имеет решающее значение не только для выявления и удовлетворения общих потребностей инвалидов в сфере здравоохранения, но и для удовлетворения их дополнительных особых потребностей в области охраны здоровья либо непосредственно, либо путем направления в специализированные службы. Чрезмерная зависимость от специализированной помощи может мешать участию первичного медико-санитарного звена, приводя к неоправданным диагнозам и лечению и повышая стоимость медицинского обслуживания. Таким образом, вторичный и третичный уровни медицинской помощи должны оказывать поддержку и работать в тесном сотрудничестве с организациями первичной медико-санитарной помощи в целях удовлетворения медицинских потребностей инвалидов в рамках их общин. Оздоровительные мероприятия должны охватывать инвалидов и удовлетворять их особые связанные с состоянием здоровья потребности, включая основополагающие детерминанты здоровья. Стратегии раннего выявления и вмешательства также необходимы для обеспечения своевременного доступа к услугам здравоохранения, а также для минимизации и предотвращения дальнейших патологий. Важно обеспечить, чтобы они не приводили к дальнейшей дискриминации и изоляции в рамках основных услуг, таких как образование<sup>62</sup>.

52. Государства должны создать директивные рамки в целях организации, укрепления и расширения комплексных абилитационных и реабилитационных услуг для инвалидов по медицинским показаниям. Эти усилия должны предусматривать более широкое включение абилитационных и реабилитационных услуг в структуры первичной медико-санитарной помощи; создание комплексных моделей обслуживания; формирование кадров многопрофильных специалистов по реабилитации; и обеспечение включения услуг по реабилитации в бюджеты сферы здравоохранения<sup>63</sup>. Директивные рамки должны также обеспечивать для инвалидов возможность получения доступных, надлежащих и недорогих ассистивных устройств и технологий<sup>64</sup>. Хотя реабилитация на уровне общин может быть эффективной в плане улучшения здоровья и качества жизни инвалидов, эти мероприятия, как правило, имеют ограниченный географический охват, незначительный ассортимент и неустойчивый характер<sup>65</sup>. Обеспечение доступа к абилитационным и реабилитационным услугам по медицинским показаниям, а также к ассистивным устройствам и технологиям входит в круг государственных обязанностей и ответственности, которые не могут быть переданы в ведение некоммерческих и благотворительных организаций.

53. Государства должны обеспечивать предоставление услуг здравоохранения как можно ближе к общинам, в которых проживают инвалиды, в том числе в сельских и отдаленных районах. Предоставление услуг на дому или близко к дому может улучшить доступ к медицинскому обслуживанию. Государствам

<sup>62</sup> WHO and UNICEF, “Early childhood development and disability: a discussion paper”, (2012) p. 22.

<sup>63</sup> WHO, “Rehabilitation 2030: a call for action”, meeting report, 2017, доступно по адресу: [www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1).

<sup>64</sup> Для получения дополнительных инструкций в отношении обеспечения доступа к ассистивным устройствам и технологиям см. [A/71/314](http://A/71/314).

<sup>65</sup> V. Iemmi and others, “Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review”, Campbell Systematic Reviews, 2015. Доступно по адресу: <https://campbellcollaboration.org/>.

следует обеспечивать, чтобы их стратегии развития сельских районов включали меры по содействию доступу к качественному медицинскому обслуживанию для инвалидов, включая проводимые на уровне общин информационно-просветительские стратегии и услуги (например, мобильные клиники, «караваны здоровья», телемедицина и справочное обслуживание по телефону). Кроме того, государствам следует рассмотреть вопрос о принятии мер, направленных на повышение спроса на услуги здравоохранения среди самих инвалидов (например, текстовые сообщения с напоминаниями, пропагандисты охраны здоровья из собственной среды и посещения на дому).

### **С. Всеобщий охват услугами здравоохранения**

54. Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения занимает центральное место в достижении целей в области устойчивого развития. Цель обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения требует того, чтобы все люди и общины получали основные необходимые им медицинские услуги, не сталкиваясь с финансовыми трудностями. Цель 3 включает четкое обязательство «обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (задача 3.8) и «обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах» (задача 3.7). В связанных со здоровьем показателях в рамках цели 3 также признается широкий спектр услуг, включая укрепление здоровья, профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, и необходимость измерять охват основными услугами здравоохранения населения в целом и наиболее обездоленных групп, таких как инвалиды.

55. На этом фоне всеобщий охват услугами здравоохранения может стать важным инструментом для расширения доступа инвалидов к здравоохранению. Однако для достижения этой цели государствам необходимо учитывать интересы инвалидов при рассмотрении вопроса о расширении охвата населения услугами здравоохранения; расширении ассортимента услуг, включенных в пакет; а также увеличении возмещаемой доли расходов. В частности, государствам следует обеспечить, чтобы программы достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (от пакетов основных медицинских услуг до реформ в области финансирования здравоохранения) включали весь спектр услуг здравоохранения, в которых могут нуждаться инвалиды, в том числе абилитационные и реабилитационные услуги по медицинским показаниям, ассистивные устройства и технологии<sup>66</sup> и основные лекарственные средства. Например, в Сьерра-Леоне Закон об инвалидности 2011 года обеспечивает инвалидам доступ к бесплатным медицинским услугам во всех государственных медицинских учреждениях. В рамках обсуждения вопроса о всеобщем охвате услугами здравоохранения следует учитывать все более широкое распространение медицинских технологий и методов лечения, потенциально способных увеличивать продолжительность и повышать качество жизни инвалидов (например, хирургические операции для детей с расщепленным позвоночником и хирургические операции на сердце для детей с синдромом Дауна).

<sup>66</sup> Государствам следует разработать перечень основных ассистивных устройств в соответствии с национальными потребностями и имеющимися ресурсами на основе перечня приоритетных вспомогательных устройств ВОЗ (см. [A/71/314](#)).

## **D. Доступность**

56. Государствам следует обеспечить в полной мере доступность услуг и программ в сфере здравоохранения. Все государственные и частные медицинские учреждения и службы должны учитывать все аспекты доступности для инвалидов, включая доступность инфраструктуры, оборудования и информационно-коммуникационных служб. Необходимо также гарантировать доступность транспортных средств, поскольку в противном случае инвалиды не смогут добраться до медицинских служб или учреждений.

57. Все информационно-коммуникационные службы, имеющие отношение к медицинской помощи, включая службы электронных сообщений и экстренные службы, должны быть доступны для инвалидов, в том числе посредством языка жестов, алфавита Брайля, доступных электронных форматов, альтернативных шрифтов, удобных для чтения форматов и усиливающих и альтернативных способов, методов и форматов общения<sup>67</sup>. Все кампании в области общественного здравоохранения должны быть также доступными для инвалидов и охватывать их. Например, в Нигерии для решения проблем доступности в больницы были направлены сурдопереводчики в целях уделения особого внимания потребностям в области сексуального и репродуктивного здоровья женщин-инвалидов в федеральном столичном округе.

## **E. Недопущение дискриминации**

58. Государства обязаны обеспечить медицинское обслуживание инвалидов без какой-либо дискриминации. В связи с этим государства должны ликвидировать дискриминацию в отношении инвалидов в законодательстве, политике и практике, а также запретить все формы дискриминации в сфере здравоохранения. Например, государства должны воздерживаться от предоставления медицинских услуг преимущественно в медицинских учреждениях, в том числе пансионатного типа. Кроме того, государства должны принимать меры, направленные на обеспечение приемлемых приспособлений для инвалидов, чтобы они имели доступ и могли пользоваться этими услугами и учреждениями на равной основе с другими лицами. В то время как обеспечение доступности предполагает прогрессивное осуществление, государства несут безотлагательное обязательство обеспечивать приемлемые приспособления, с тем чтобы инвалиды могли получить немедленный доступ к медицинской помощи.

59. Государства должны запрещать и бороться с дискриминацией в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования. Отказ в медицинском страховании на основании инвалидности должен быть законодательно запрещен. Кроме того, государствам следует рассмотреть вопрос о принятии правил для обеспечения того, чтобы программы страхования и страховые взносы устанавливались на справедливой и разумной основе. Например, в Мексике Верховный суд постановил, что страховые компании не могут принимать дискриминирующие меры в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и обязаны принять программы и планы по их включению.

---

<sup>67</sup> См. пункт 40 замечания общего порядка № 2 (2014) Комитета по правам инвалидов (CRPD/C/GC/2).

60. Системы здравоохранения должны реагировать на потребности всех инвалидов с учетом их многообразия. Государствам необходимо уделять внимание существующим уровням самобытности в сообществе инвалидов в целях надлежащего решения проблем неравенства и множественной дискриминации, с которой сталкиваются инвалиды. Государствам следует рассмотреть возможность разработки и осуществления политики и практики в отношении наиболее маргинализированных групп инвалидов (например, лиц с множественными или тяжелыми патологиями, редкими заболеваниями или слепоглохих) для ускорения или достижения фактического равенства в доступе к здравоохранению.

## **Ф. Участие**

61. Государства должны вести диалог с инвалидами, в том числе детьми-инвалидами, активно привлекать их к осуществлению медицинских услуг. Инвалиды лучше осведомлены о том, с какими препятствиями они сталкиваются в окружающей их среде, и как они воздействуют на их жизнь. Их участие способствует тому, что политика и программы государств в области здравоохранения разработаны на основе их потребностей и предпочтений, что может привести к повышению эффективности и более справедливому использованию ресурсов. Например, в Боснии и Герцеговине сотрудничество между правительством и организациями инвалидов привело к созданию стандартов доступности для медицинских учреждений. Специальный докладчик подготовила тематическое исследование по вопросу о праве инвалидов на участие в процессе принятия решений, в котором содержатся конкретные указания относительно того, как выполнять это обязательство (см. [A/HRC/31/62](#)).

62. Государствам следует иметь в виду, что мнения инвалидов могут противоречить мнению медицинских работников, поскольку последние, как правило, обучены действовать в наилучших интересах пациента, и многие из них придерживаются патерналистской и основанной на использовании медикаментозных методов позиции в отношении инвалидности. Инвалиды должны рассматриваться в качестве основных партнеров при обсуждении вопросов их прав, а государствам следует всегда отдавать приоритет их мнениям по затрагивающим их вопросам. Аналогичным образом, позиции головных организаций инвалидов могут отличаться от позиций конкретных групп, вследствие чего столь важны консультации и прямое взаимодействие со всеми заинтересованными сторонами. Государствам следует также обеспечить представленность всего многообразия инвалидов и проведение с ними консультаций в процессе принятия решений, связанных с правом на здоровье.

## **Г. Подотчетность**

63. Подотчетность имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы для услуг здравоохранения были свойственны широкое участие инвалидов и уважение к их правам. В рамках национальных стратегий и планов в сфере здравоохранения должен быть предусмотрен четкий порядок отчетности с показателями и ориентирами, способствующими контролю осуществления права инвалидов на здоровье. Качественные дезагрегированные данные также необходимы для выявления пробелов и определения желаемых итоговых показателей в сфере здравоохранения. Правительственные курирующие инстанции и координационные механизмы по осуществлению Конвенции о правах инвалидов, как того требует статья 33 (1), должны облегчать и поддерживать осуществление стратегий и планов в области здравоохранения с применением подхода основанного на

правах человека. Для предотвращения случаев любых форм эксплуатации, насилия и злоупотреблений при оказании услуг здравоохранения государствам следует обеспечить независимый мониторинг всех медицинских учреждений и программ, а также введение надлежащих и эффективных гарантий.

64. Государствам следует обеспечить правоприменительные механизмы для гарантирования эффективного осуществления права инвалидов на здоровье. Любой инвалид или группа инвалидов, ставших жертвами нарушения права на здоровье, должны иметь доступ к эффективным судебным или иным надлежащим средствам правовой защиты<sup>68</sup>. Эти средства правовой защиты должны включать адекватное возмещение ущерба, включая восстановление в правах, компенсацию, сатисфакцию и гарантии неповторения, в зависимости от обстоятельств. Национальные правозащитные учреждения и независимые механизмы по поощрению, защите и мониторингу осуществления Конвенции должны быть уполномочены проводить разбирательства и расследования (статья 33 (2)), а также оказывать помощь инвалидам в получении доступа к средствам правовой защиты. Агентствам по защите прав потребителей следует проводить разбирательства и расследования по вопросу о дискриминации в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и страхования жизни.

## **Н. Мобилизация ресурсов**

65. Государства несут обязательство принимать незамедлительные меры, полностью используя имеющиеся в их распоряжении ресурсы, в том числе полученные по линии международного сотрудничества, в целях обеспечения доступа инвалидов к системе здравоохранения. Во многих странах абилитационные и реабилитационные услуги и программы, включая предоставление ассистивных устройств и технологий, не получают достаточного финансирования. Вследствие этого многие инвалиды не имеют доступа ко всем этим услугам или, по крайней мере, зависят от некоммерческих организаций или частных благотворительных фондов в плане доступа к таким услугам. Государственное планирование и составление бюджетов в сфере здравоохранения должно включать конкретные медицинские услуги, которые необходимы инвалидам, а также учитывать особые потребности инвалидов во всех бюджетных статьях. Системы социальной защиты могут также способствовать компенсации дополнительных затрат, с которыми сталкиваются инвалиды при получении доступа к услугам здравоохранения, и содействовать предоставлению вспомогательных услуг нуждающимся в них лицам (см. [A/70/297](#)).

66. При рассмотрении вопроса о распределении ресурсов государствам следует уделять внимание своим основным обязательствам в отношении права на здоровье, в частности гарантируя базовую первичную медико-санитарную помощь для всех инвалидов. Обеспечение финансовой защиты инвалидов должно быть главным соображением при принятии решений по всеобщему охвату услугами здравоохранения. Государствам не следует принимать регрессивные меры, затрагивающие право инвалидов на здоровье, а также необходимо воздерживаться от методов финансирования, противоречащих основанному на правах человека подходу к инвалидности (например, направление в спецучреждения или принудительные меры медицинского вмешательства).

<sup>68</sup> См. пункт 59 замечания общего порядка № 14 (2000) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам ([E/C.12/2000/4](#)).



## **I. Информационно-просветительская деятельность**

67. Государства-участники должны принимать безотлагательные, эффективные и надлежащие меры в целях повышения во всем обществе степени информированности по вопросам, касающимся инвалидов, и их потребностей в области охраны здоровья на основе правозащитного подхода. Инвалиды должны рассматриваться не в качестве больных или пациентов, а как правообладатели, так же как и любые другие члены общества. Кроме того, государствам следует поощрять уважение права инвалидов на здоровье посредством просвещения и подготовки медицинских работников и персонала. При подготовке кадров следует также учитывать перекрестные формы дискриминации, затрагивающие инвалидов в осуществлении их права на здоровье. Медицинские училища должны пересмотреть свои учебные программы в целях обеспечения того, чтобы предоставляемое ими образование надлежащим образом охватывало потребности и права инвалидов в сфере здравоохранения. Кроме того, имеющих надлежащие навыки инвалидов следует поддерживать в их усилиях по получению профессиональной подготовки в сфере здравоохранения.

68. Следует осуществлять стратегии медицинского просвещения, ориентированные на инвалидов, в том числе посредством предоставления связанной со здоровьем информации в различных форматах, с тем чтобы инвалидам была обеспечена возможность получать, обрабатывать и понимать базовую медико-санитарную информацию и услуги, необходимые для принятия соответствующих решений в отношении своего здоровья. Например, Министерство здравоохранения Эквадора разработало пособие по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья для инвалидов, в котором изложены руководящие принципы для обслуживающих организаций и лиц в отношении способов обеспечения доступа инвалидов к информации и услугам.

69. В информационно-просветительских кампаниях и программах подготовки кадров, направленных на пропаганду права инвалидов на здоровье, следует использовать основанный на правах человека подход к инвалидности. Общественные кампании по сбору средств в поддержку абилитационных и реабилитационных услуг, например, «телемарафоны», подкрепляют благотворительный подход и повсеместное отношение к инвалидности как к патологии. Аналогичным образом, публичные презентации ассистивных устройств и технологий, например инвалидных колясок и других средств передвижения, идут вразрез с уважением неотъемлемого достоинства инвалидов и подкрепляют благотворительный подход к инвалидности.

## **J. Международное сотрудничество**

70. Международное сотрудничество по линии Юг–Юг и трехстороннее сотрудничество играют важную роль в поддержке национальных усилий по осуществлению целей в области устойчивого развития. Государствам и международным донорам следует обеспечить, чтобы все международное сотрудничество в сфере здравоохранения, в том числе осуществляемое посредством международных программ развития, охватывало инвалидов и было для них доступно. Международное сотрудничество в области здравоохранения должно также быть согласовано с правами инвалидов и осуществляться устойчивыми и приемлемыми в культурном отношении способами. Международные организации, некоммерческие организации, благотворительные и другие организации, действующие на



национальном уровне, должны воздерживаться от осуществления проектов, которые противоречат основанному на правах человека подходу к инвалидности (см. A/HRC/34/58).

71. Организации Объединенных Наций, включая все ее программы, фонды и специализированные учреждения, следует повысить уровень осведомленности и квалификации своих сотрудников в вопросах, касающихся права инвалидов на здоровье, с тем чтобы они могли более эффективно сотрудничать с государствами, используя основанный на правах человека подход. Всемирной организации здравоохранения, в качестве ведущего учреждения глобальной системы здравоохранения, следует включать права и потребности инвалидов во все направления своей работы и операции, а также обеспечивать, чтобы здоровье инвалидов рассматривалось комплексно и с точки зрения защиты прав человека и всегда в тесной консультации с представительными организациями инвалидов.

## VI. Выводы и рекомендации

72. Инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без какой-либо дискриминации. Однако на практике они сталкиваются с более ограниченным доступом к здравоохранению и имеют более низкие показатели состояния здоровья по сравнению с населением в целом в силу ряда структурных факторов, таких как стигма и стереотипы, дискриминационное законодательство и политика, барьеры для доступа к первичной и вторичной медицинской помощи, ограниченный доступ к специальным услугам и программам для инвалидов, нищета и социальная изоляция. Кроме того, инвалиды сталкиваются с серьезными нарушениями прав человека в медицинских учреждениях, включая отказ в лечении; несоблюдение принципа свободного и информированного согласия; различные формы эксплуатации, насилия и надругательства; а также принудительную стерилизацию, принудительное применение средств контрацепции и другие нарушения сексуальных и репродуктивных прав и здоровья.

73. Всесторонний учет прав и потребностей инвалидов в сфере здравоохранения имеет решающее значение для того, чтобы положить конец этой ситуации неравенства. Несмотря на необходимость специальных услуг и программ для инвалидов в целях удовлетворения некоторых особых потребностей, которые невозможно удовлетворить путем включения инвалидов в общие программы здравоохранения, общим правилом должен стать охват инвалидов всеми услугами и программами в сфере здравоохранения и доступ к ним. В рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года государствам следует провести обзор своих национальных систем здравоохранения в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения в качестве одного из способов расширения доступа инвалидов к здравоохранению, в частности к услугам первичной медико-санитарной помощи.

74. В целях оказания государствам помощи в реализации права инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья Специальный докладчик рекомендует:

а) признать в законодательном порядке право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья и устранить все юридические барьеры, препятствующие их доступу к информации, товарам и услугам, связанным со здоровьем и здравоохранением, в том числе законы, которые носят дискриминационный характер по отношению к ним в предоставлении медицинского страхования;

- b) провести всеобъемлющий процесс пересмотра законодательства в целях отмены или аннулирования любых законов и правил, которые нарушают самостоятельность проходящих лечение инвалидов, в том числе законов, допускающих принуждение в медицинских учреждениях;
- c) создать всеохватные системы здравоохранения, которые учитывают права и потребности инвалидов во всех услугах и программах в сфере здравоохранения, включая первичное медико-санитарное обслуживание; и обеспечить доступ к специальным услугам и программам для удовлетворения потребностей, связанных с инвалидностью;
- d) принять надлежащие меры в целях достижения всеобщего охвата инвалидов услугами здравоохранения и обеспечить, чтобы медицинские услуги и программы имелись в наличии, были доступными, надлежащими и недорогими для всех инвалидов;
- e) гарантировать применение в услугах и программах в сфере здравоохранения основанного на правах человека подхода к инвалидности, недопущение дискриминации, обеспечение получения информированного согласия до проведения любого медицинского лечения, соблюдение неприкосновенности частной жизни и обеспечение свободы от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения;
- f) разработать и осуществить программы и мероприятия, в области медицинского просвещения, охватывающие инвалидов и доступные для них;
- g) поощрять стратегии раннего выявления и вмешательства и обеспечивать поддержку семей с детьми-инвалидами, в том числе посредством распространения информации, просвещения и услуг в целях улучшения понимания с их стороны и повышения их способности удовлетворять медицинские потребности своих детей без стигмы или дискриминации;
- h) разработать информационно-просветительские кампании и учебные программы для медицинских работников в целях изменения их представлений об инвалидах и предоставить директивы относительно предоставления услуг с должным учетом факторов возраста, пола и инвалидности;
- i) обеспечить эффективный и независимый мониторинг всех государственных и частных медицинских учреждений и программ, предоставляющих услуги инвалидам, в целях предотвращения всех форм эксплуатации, насилия и надругательства;
- j) активно привлекать и вести диалог с инвалидами и представляющими их организациями в рамках всех процессов принятия решений, связанных с осуществлением законодательства, политики и программ в сфере здоровья и здравоохранения;
- k) осуществлять сбор надлежащей информации, включая статистические и исследовательские данные с разбивкой по полу, возрасту и форме инвалидности, о состоянии здоровья и доступе инвалидов к здравоохранению;
- l) мобилизовать ресурсы в рамках целей в области устойчивого развития для расширения доступа инвалидов к здравоохранению, обеспечивая, чтобы все инвестиции учитывали их интересы, а также воздерживаться от принятия каких-либо регрессивных мер, прямо или косвенно затрагивающих инвалидов.

---

75. Специальный докладчик также рекомендует Всемирной организации здравоохранения и другим организациям системы Организации Объединенных Наций должным образом учитывать право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья во всей их работе и деятельности в тесных консультациях с организациями инвалидов, в том числе при оказании государствам помощи в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения и в осуществлении целей в области устойчивого развития.

---