



Конвенция о правах инвалидов

Distr.: General
29 March 2019
Russian
Original: English

Конференция государств — участников Конвенции о правах инвалидов

Двенадцатая сессия

Нью-Йорк, 11–13 июня 2019 года

Пункт 5 b) ii) предварительной повестки дня*

Вопросы, касающиеся осуществления

Конвенции: обсуждения «за круглым столом»

Социальная включенность и право на наивысший достижимый уровень здоровья

Записка Секретариата

Настоящая записка была подготовлена Секретариатом в консультации с подразделениями системы Организации Объединенных Наций, представителями гражданского общества и другими соответствующими заинтересованными сторонами в помощь участникам обсуждения «за круглым столом» по теме «Социальная включенность и право на наивысший достижимый уровень здоровья». Секретариат настоящим препровождает Конференции государств — участников Конвенции о правах инвалидов записку, одобренную Бюро Конференции, для рассмотрения на ее двенадцатой сессии.

* CRPD/CSP/2019/1.



I. Введение

1. Здоровье необходимо для благополучия и счастья человека как обязательное условие полной реализации им своего потенциала. Одним из основных прав человека всех людей является право на наивысший достижимый уровень здоровья, которое для людей с инвалидностью подтверждается в Конвенции о правах инвалидов. Здоровье и благополучие обязательны также для полноценной и продуктивной жизни людей с инвалидностью как факторы, влияющие на способность человека в полной мере участвовать во всех аспектах жизни, работы и образования, жить самостоятельной жизнью и быть включенным в жизнь общества.
2. Здоровье и социальная включенность тесно взаимосвязаны. На индивидуальном уровне крепкое здоровье и благополучие имеют решающее значение для участия в жизни общества и активного взаимодействия с ним. Социальная включенность, в свою очередь, способствует поддержанию физического и психического здоровья и устойчивости. На уровне сообщества наличие всеобъемлющей и доступной информации о здравоохранении и возможность получать всестороннюю медицинскую помощь и услуги позволяют всем группам, включая инвалидов, пользоваться необходимым им уходом при должном уважении их права на выбор.
3. В своем докладе 2018 года ([A/73/161](#)) Специальный докладчик по вопросу о правах инвалидов уделила особое внимание различным проблемам, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью при осуществлении ими своего права на наивысший достижимый уровень здоровья, и предложила возможные варианты действий по повышению инклюзивности и доступности услуг здравоохранения.

II. Применимые международные рамочные документы

4. В статье 25 Конвенции о правах инвалидов, принятой в 2006 году, государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. В соответствии с этой статьей государства-участники обязуются обеспечивать инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, и требовать, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия. Государства-участники обязуются также установить запрет на дискриминацию в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и не допускать дискриминационного отказа в медицинском уходе или услугах по причине инвалидности. В статье 9 Конвенции государства-участники обязуются принимать надлежащие меры для обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к медицинским учреждениям, включая выявление и устранение препятствий и барьеров, ограничивающих доступ к таким объектам. Статью 26, призывающую государства-участники организовывать, укреплять и расширять комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, следует читать вместе со статьей 25, поскольку реабилитация является частью всеобщего медицинского обслуживания и предполагает предоставление основных услуг в сочетании с мерами по укреплению здоровья и услугами в области профилактики, лечения и паллиативного ухода всем, кто в них нуждается.

5. Согласно статье 16 Конвенции государства-участники обязуются принимать все надлежащие меры для защиты инвалидов от всех форм эксплуатации, насилия и надругательства, в том числе от тех их аспектов, которые имеют гендерную подоплеку, и принимать все надлежащие меры содействия физическому, когнитивному и психологическому восстановлению, реабилитации и социальной интеграции инвалидов, ставших жертвами любой формы эксплуатации, насилия или надругательства, в том числе путем оказания услуг по предоставлению защиты. Такие восстановление и реинтеграция происходят в обстановке, способствующей укреплению здоровья, благополучия, самоуважения, достоинства и самостоятельности соответствующего лица, и осуществляются с учетом нужд, обусловленных возрастно-половой спецификой.

6. Чтобы в полной мере понять значение закрепленного в Конвенции подхода к обеспечению прав инвалидов в области охраны здоровья — подхода, основанного на правах человека и ориентированного на интересы развития, этот документ следует рассматривать как единое целое. Помимо статей 9, 25 и 26 в Конвенции есть статьи, в которых государства-участники обязуются содействовать созданию возможностей для трудоустройства инвалидов и расширению участия инвалидов в трудовой деятельности, а также в экономической, общественной и политической жизни — одним словом, обеспечивать их всестороннее участие и включенность во все аспекты жизни, что в совокупности влияет на состояние здоровья человека. В статьях 12, 14, 15, 16 и 17 также определены условия, необходимые для того, чтобы инвалиды могли реализовывать свое право на участие в обстановке, свободной от насилия, пользоваться правом самостоятельно принимать решения и жить в обществе.

7. В других документах особое внимание уделяется праву на здоровье детей и женщин, живущих с инвалидностью. Статья 23 Конвенции о правах ребенка, принятой в 1989 году, защищает права детей и подростков с инвалидностью на эффективный доступ к медицинскому обслуживанию. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин обязывает государства обеспечивать женщинам, включая женщин-инвалидов, доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья (статья 12) и защиту от принуждающего давления. Цель 5 в области устойчивого развития (Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек) включает задачу 5.6 — обеспечить всеобщий доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав в соответствии с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Пекинской платформой действий и итоговыми документами конференций по рассмотрению хода их выполнения. Эта задача особенно важна для женщин и девочек с инвалидностью, поскольку во многих частях мира у них меньше возможностей для получения информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья.

8. В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года провозглашается грандиозный глобальный замысел — охватить и расширить возможности тех, о которых до сих пор забывали, включая людей с инвалидностью. Цель 3 в области устойчивого развития в Повестке дня на период до 2030 года предусматривает обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Реализация этой цели открывает возможность для содействия обеспечению права инвалидов на здоровье. Поскольку цели Повестки дня на период до 2030 года взаимосвязаны, успехи в достижении целей в области здравоохранения будут способствовать также прогрессу в достижении многих других целей, и наоборот. В целях поддержки этого процесса вопросы инвалидности в контексте целей в области устойчивого развития были

впервые рассмотрены на международном уровне в основном докладе Организации Объединенных Наций за 2018 год об инвалидах и развитии¹.

III. Положение инвалидов и текущая практика

A. Состояние здоровья и доступ к информации и услугам в области здравоохранения

9. Для обеспечения права на наивысший достижимый уровень здоровья крайне важно добиться коренных изменений в основных детерминантах здоровья, таких как доступ к надлежащей санитарии, безопасному продовольствию, питанию и жилью, а также доступ к качественной, эффективной и доступной медицинской информации и услугам. Следует также вовлекать людей с инвалидностью в процессы принятия решений по вопросам здравоохранения на местном, национальном и международном уровнях.

10. Однако доступ к медицинскому обслуживанию для инвалидов по-прежнему осложняется многочисленными барьерами, препятствующими получению ими полного спектра высококачественных недорогих медицинских услуг, ограничениями по медицинскому страхованию, а также правовыми, институциональными и поведенческими барьерами и стигматизацией людей с инвалидностью в системе здравоохранения. Кроме того, многие инвалиды находятся в различного рода формальных и неформальных учреждениях, в которых доступ к общей медицинской помощи, предоставляемой на основе свободного и осознанного выбора, крайне ограничен.

11. Инвалиды могут вести активную, продуктивную, долгую и здоровую жизнь. Наличие у человека какого-либо дефекта не равнозначно плохому состоянию здоровья. Однако в силу того, что инвалиды чаще других сталкиваются с нищетой, дискриминацией, насилием и социальной изоляцией, они подвергаются более высокому риску ухудшения здоровья, чем население в целом. Инвалиды имеют более короткую ожидаемую продолжительность жизни и подвержены повышенному риску развития вторичных, ятрогенных, сопутствующих и возрастных заболеваний, таких как депрессия, боли и остеопороз². Недавние обследования, проведенные в 43 странах, показывают, что доля инвалидов, оценивающих состояние своего здоровья как очень хорошее или хорошее, в среднем составляет 21 процент, тогда как среди людей, не имеющих инвалидности, этот показатель равен 80 процентам. Аналогичным образом, состояние своего здоровья считают плохим или очень плохим 42 процента инвалидов против 6 процентов лиц без инвалидности. Женщины-инвалиды чаще мужчин-инвалидов сообщали о плохом состоянии здоровья, но данных с разбивкой по полу и наличию инвалидности по-прежнему мало. Инвалиды, как правило, сообщают о более плохом состоянии здоровья в странах с более низкими показателями валового внутреннего продукта на душу населения³.

¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *United Nations Flagship Report on Disability and Development 2018: Realization of the Sustainable Development Goals By, For and With Persons With Disabilities*.

² Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк, *Всемирный доклад об инвалидности*, Женева (2011 год); Edward Chesney, Guy M. Goodwin and Seena Fazel, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review", *World Psychiatry*, vol. 13, No. 2 (June 2014); Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development*, Palgrave Studies in Disability and International Development (New York, Palgrave MacMillan, 2018).

³ Department of Economic and Social Affairs, *United Nations Flagship Report*.

12. Люди с инвалидностью больше других нуждаются в медицинской помощи, но у них меньше шансов ее получить. Это включает как базовые потребности, например в иммунизации, онкологической диагностике и лечении инфекций, так и потребности, связанные с основными заболеваниями и расстройствами здоровья, например потребность в надлежащей помощи при диабете или недостаточности питания. Инвалиды не только в большей степени восприимчивы к ухудшению состояния здоровья, но и чаще других нуждаются в медицинском обслуживании⁴. Соответственно, они больше других страдают от низкого качества медицинской помощи и отсутствия доступа к ней. В то же время, сталкиваясь с более серьезными препятствиями в получении доступа к таким услугам, многие из них все реже и реже обращаются как за общими, так и специализированными медицинскими услугами, когда они в них нуждаются⁵. Инвалиды имеют особые медицинские потребности, в связи с чем им может быть необходим доступ к реабилитационным и ассистивным технологиям или техническим средствам. Но инвалиды не всегда имеют возможность получать реабилитационные услуги, такие как физиотерапия, трудовая терапия и логопедические услуги и слуховая терапия. В некоторых странах более 50 процентов инвалидов, нуждающихся в реабилитационных услугах, не получают их⁶. В схожем положении находятся некоторые группы лиц с интеллектуальной или психосоциальной инвалидностью или множественной инвалидностью в странах с низким и средним уровнем дохода. Для того чтобы они могли вести самостоятельный образ жизни и полноценно участвовать в жизни общества, многим необходим доступ к ассистивным техническим средствам. Однако, как показывают имеющиеся данные, в нескольких развивающихся странах более половины лиц с инвалидностью, нуждающихся в ассистивных устройствах, не имеют возможности их получить.

13. Кроме того, инвалиды, как правило, не получают информацию и услуги в области охраны сексуального, репродуктивного и материнского здоровья и здоровья подростков. Разница в доступе к услугам планирования семьи между инвалидами и людьми без инвалидности чаще наблюдается даже в некоторых из тех стран, где доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом у матерей-инвалидов, схожа с аналогичным показателем для матерей без инвалидности⁷. Для женщин и девочек с инвалидностью препятствия к получению информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья являются стигматизация и дискриминация не только по причине их инвалидности, но и по признаку пола, например, ошибочное представление о том, что женщины с инвалидностью не ведут половую жизнь или что они никогда не вступят в брак. Среди причин, по которым они не обращаются за информацией и услугами в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, инвалиды также указывают страх. В основе этих страхов лежат поведенческие барьеры, возводимые работниками сферы здравоохранения, включая распространенную практику нарушения репродуктивных прав инвалидов и жестокого обращения с ними, например принудительная стерилизация или гистерэктомия. Женщины и девочки с инвалидностью подвергаются повышенному риску насилия и жестокого обращения, что требует принятия надлежащих и эффективных мер для предотвращения и ликвидации таких угроз.

⁴ ВОЗ и Всемирный банк, *Всемирный доклад об инвалидности*; Tess Bright and Hannah Kuper, "A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low and middle income countries". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, No. 9 (September 2018).

⁵ Bright and Kuper, "A systematic review".

⁶ Department of Economic and Social Affairs, *United Nations Flagship Report*.

⁷ *Department of Economic and Social Affairs, United Nations Flagship Report*.

14. Разница в доступе к медицинскому обслуживанию обусловлена физическими, финансовыми, мировоззренческими, информационными и коммуникационными барьерами, с которыми сталкиваются инвалиды, пытающиеся получить медицинскую помощь. Среди проблем часто называют наличие физических барьеров, например, физически недоступные здания и невозможность пользоваться медицинским диагностическим и терапевтическим оборудованием. Кроме того, в более широком плане очевидные препятствия для людей с сенсорными, двигательными и когнитивными расстройствами создают проблемы отсутствия физически доступного транспорта и ценовой недоступности проезда, низкое качество дорожного покрытия и отсутствие медицинских центров в сельских районах⁸. Установлено также, что коммуникационные барьеры между пациентами с нарушениями слуха и врачами, возникающие в отсутствие возможностей для общения при помощи языка жестов, отрицательно сказываются на качестве медицинской помощи, приводя, в частности, к сокращению использования профилактических услуг⁹. В большинстве стран с низким и средним уровнем дохода недоступны альтернативные и усиливающие средства коммуникации или иные цифровые и информационно-технические средства, необходимые для доступа к общей, специализированной или экстренной медицинской помощи. В некоторых странах более 30 процентов лиц с инвалидностью указывают на то, что медицинские учреждения для них недоступны¹⁰.

15. Причины, по которым инвалиды чаще других не получают требующуюся им медицинскую помощь, варьируются в зависимости от ситуации в каждой конкретной стране, но во многих странах одной из главных проблем является ее стоимость. Дороговизна медицинских услуг в сочетании с невозможностью получения помощи в системе общественного здравоохранения и отсутствием доступного медицинского страхования не позволяет инвалидам пользоваться необходимыми им медицинскими услугами или продолжать уже начатый курс лечения. В общемировом масштабе у домохозяйств с инвалидами медицинские расходы, как правило, выше, чем у других домохозяйств. Эти расходы увеличиваются, если в домохозяйстве есть люди, страдающие хроническими, неинфекционными или редкими заболеваниями и нуждающиеся в медицинской помощи на протяжении всей жизни. Однако дополнительные расходы не всегда покрываются имеющимися частными или государственными службами финансовой поддержки, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, и в результате такие люди вынуждены самостоятельно нести непропорционально высокие расходы. В то же время во многих случаях люди с инвалидностью имеют более низкий доход и менее обеспечены в материальном плане, чем лица без инвалидности, и поэтому высокие цены на рынке медицинских услуг и ставки доплаты за медицинское обслуживание по планам страхования ложатся на них несоразмерно более тяжелым бременем, что может помешать им обращаться за необходимой помощью.

⁸ Jean-Francois Trani and others, “Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys”, *The Lancet Global Health*, vol. 5 No. 8 (August 2017); Bright and Kuper, “A systematic review”.

⁹ Neuma Chaveiro, Celmo Celso Porto, Maria Alves Barbosa, “The relation between deaf patients and the doctor”, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, No. 1 (Jan–Feb 2009); Michael M. McKee and others, “Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, No. 1 (July 2011); Rachel E. Hommes and others, “American sign language interpreters’ perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients”, *Journal of Community Health*, vol. 43, No. 5 (October 2018).

¹⁰ Department of Economic and Social Affairs, *United Nations Flagship Report*.

16. Многие медицинские учреждения недоступны для людей с ограниченными возможностями здоровья и не имеют квалифицированных специалистов, способных эффективно обслуживать инвалидов. В то же время у пациентов-инвалидов отсутствует информация о полагающихся им услугах, что также препятствует получению ими помощи.

В. Нынешняя практика в области здравоохранения и инвалидности

17. Хотя в настоящее время прилагается все больше усилий к тому, чтобы данные об инвалидности, собираемые в ходе национальных обследований, представлялись в дезагрегированном виде, например с помощью краткого вопросника по инвалидности, подготовленного Вашингтонской группой по статистике инвалидности, одной из острейших проблем в контексте развития остается отсутствие сопоставимых данных об инвалидности. Только наличие более качественных, точных и сопоставимых данных об инвалидности позволит формировать более четкое представление о потребностях инвалидов в медицинской помощи и сделает возможным удовлетворение таких потребностей и отслеживание и оценку прогресса в этой области.

18. Последовательные реформы законодательства и политики, непосредственно направленные на решение проблемы доступности медицинского обслуживания, к настоящему времени предприняты лишь в незначительном меньшинстве стран. Страны применяют различные базовые подходы к обеспечению доступа к медицинскому обслуживанию на законодательном уровне.

19. Несмотря на тот факт, что Конвенцию о правах инвалидов ратифицировали 176 стран и Европейский союз, по данным на 2014 год гарантии права инвалидов на здоровье были закреплены в национальных конституциях лишь 10 процентов государств-членов и только в шести странах действовали законодательные нормы, прямо гарантирующие доступ к здравоохранению лицам с инвалидностью. Широко распространены антидискриминационные законы и положения всеобщего действия, при этом неважно, идет ли в них речь о доступе к медицинскому обслуживанию или нет; однако такие акты носят общий характер и не предусматривают конкретных мер для устранения препятствий, с которыми сталкиваются инвалиды. В лучшем случае они дают инвалидам возможность предъявлять иски к государству. И наконец, во многих странах есть законы об инвалидности или стратегические планы и нормативные акты, гарантирующие доступ к медицинскому обслуживанию лицам с конкретными нарушениями здоровья (например, с травмами позвоночника) или конкретным группам (например, ветеранам), но такие акты отличаются широким разнообразием форм.

20. В 1980-х годах Всемирная организация здравоохранения приступила к реализации концепции реабилитации на уровне общин, которая направлена на укрепление социальной включенности инвалидов и их семей в сочетании с усилиями, призванными разорвать порочный круг нищеты и инвалидности. Сегодня программы реабилитации на уровне общин осуществляются более чем в 90 странах мира, главным образом в развивающихся странах. Были разработаны руководство и матрица по программам реабилитации на уровне общин, определяющие общие рамки и содержащие также практические рекомендации по осуществлению¹¹. Здравоохранение является одним из основных компонентов об-

¹¹ Руководство, разработанное ВОЗ, Международной организацией труда, Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры и Международным

ских рамок, поскольку реабилитация на уровне общин может способствовать получению инвалидами медицинских услуг. Появившиеся в последние годы более масштабные концепции, такие как стратегии всестороннего учета потребностей инвалидов и планы инклюзивного развития на базе общин, в которых реабилитация рассматривается в комплексе с другими элементами, также создают ценные возможности для улучшения доступа лиц с инвалидностью к качественным, эффективным и недорогостоящим медицинским услугам.

IV. Дальнейшие шаги: никого не оставить без внимания

21. Несмотря на рост числа государств, ратифицировавших Конвенцию о правах инвалидов, и предпринимаемые этими странами шаги по осуществлению ее статьи 25, инвалиды по-прежнему чаще других сталкиваются с препятствиями к полному осуществлению своего права на здоровье и получению медицинской информации и услуг.

22. Непредоставление инвалидам доступа к качественной, эффективной и недорогостоящей информации и услугам в области здравоохранения может негативным образом отразиться на состоянии их здоровья и иметь далеко идущие негативные последствия для усилий по осуществлению Конвенции в других областях, включая обеспечение их права на участие во всех аспектах жизни и образования и права на труд. Для обеспечения права инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья, можно было бы рассмотреть следующие меры:

а) **укрепление национального законодательства и политики в области здравоохранения в соответствии с Конвенцией.** Обзор существующих законов и политики следует проводить при участии всех соответствующих заинтересованных сторон, включая организации инвалидов, с использованием информации о неравенстве в области здравоохранения и основанных на фактических данных оценок разрывов в уровнях медицинского обслуживания и политических и правовых факторов, препятствующих доступу к медицинским услугам. В целях оптимизации доступа к услугам здравоохранения в государственных стратегиях можно было бы особо предусмотреть более широкие, общие меры защиты права на наивысший достижимый уровень здоровья, например через принятие конституционных, антидискриминационных или иных законодательных норм, после чего на местном уровне могли бы быть разработаны положения и инструкции по осуществлению конкретных мер обеспечения доступности;

б) **приведение глобальных рамок и руководящих принципов в области здравоохранения в соответствие с Конвенцией.** К работе над такими инструментами можно было бы привлечь все соответствующие заинтересованные стороны, включая организации инвалидов, при этом должное внимание следует уделять потребностям инвалидов в области здравоохранения;

в) **расширение прав и возможностей инвалидов самостоятельно принимать решения о своем здоровье на основе свободного и осознанного согласия.** Странам следует следить за тем, чтобы лица с инвалидностью имели возможность получать доступную информацию об охране здоровья, в том числе с использованием физически доступных для них альтернативных средств связи. Распространять информацию о здоровье страны могли бы также путем проведения инструктажей для лиц с инвалидностью и предоставления им помощи через

консорциумом по вопросам инвалидности и развития, имеется на www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/.

группы поддержки, с тем чтобы инвалиды были лучше подготовлены к принятию решений относительно своего собственного здоровья и лучше осведомлены о медицинских услугах, которыми они могут воспользоваться;

d) ликвидация дискриминации в сфере медицинского страхования и поддержка программ медицинского страхования, предусматривающих покрытие расходов на ассистивные средства и реабилитационные услуги. Странам следует заняться вопросом об ограничениях страхового покрытия по частным и государственным планам страхования для лиц с уже имеющимися заболеваниями, поскольку такая дискриминационная практика наносит несоразмерно больший ущерб интересам инвалидов. Любые проявления дискриминации по признаку инвалидности должны быть запрещены. Странам следует поддерживать программы медицинского страхования, которые учитывают потребности инвалидов, в частности в ассистивных устройствах и реабилитационных услугах;

e) выявление и устранение препятствий и барьеров доступа в учреждения системы здравоохранения. В консультации с людьми с инвалидностью страны могли бы разработать единые для медицинских учреждений инструкции по обеспечению физической доступности. Они могли бы также проводить оценку доступности медицинских объектов, используя данные, собираемые методом краудсорсинга, и отзывы пользователей для получения информации о доступности по принципу «снизу вверх». Им следует также следить за тем, чтобы лица с инвалидностью имели возможность пользоваться доступным и недорогим транспортом для посещения медицинских учреждений;

f) улучшение медико-санитарного обеспечения и повышение его финансовой доступности для инвалидов в рамках программ обеспечения всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию. Страны могли бы обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения посредством выработки, в консультации с людьми с инвалидностью, государственных мер, направленных на последовательное сокращение разрыва в показателях использования медицинских услуг, повышение качества и расширение спектра медицинских услуг и сокращение медицинских расходов для инвалидов;

g) инвестиции в медицинский персонал и улучшение обслуживания лиц с инвалидностью. Странам следует обеспечивать всесторонний учет интересов и потребностей инвалидов в учебных планах и программах подготовки медицинских работников. Они могли бы привлекать людей с инвалидностью к участию в разработке и осуществлении программ профессиональной подготовки, готовить больше специалистов по реабилитации и расширять и улучшать возможности для повышения квалификации медицинского персонала, а также для поощрения и удержания такого персонала;

h) повышение качества научных исследований и данных для мониторинга, оценки и укрепления систем здравоохранения в целях обеспечения включенности инвалидов и получения ими медицинской помощи. Страны могли бы дополнительно исследовать потребности в качественных услугах здравоохранения, способы поддержки государственных медицинских служб и программы профилактики заболеваний, а также барьеры, препятствующие доступу инвалидов к таким услугам. Страны могли бы создать механизмы мониторинга и оценки функционирования систем здравоохранения, позволяющие отслеживать результативность реформ, направленных на устранение барьеров доступа инвалидов к медицинским услугам. Кроме того, необходимы дополнительные исследования, чтобы понять причины, по которым инвалиды сообщают об ухудшении состояния своего здоровья и демонстрируют более высокие показатели заболеваемости и смертности. Страны могли бы также инвестировать ресурсы в

подготовку данных, дезагрегированных по признаку пола и инвалидности, для получения более точного представления об особых барьерах, с которыми сталкиваются женщины и инвалиды, и создания механизмов для ликвидации таких барьеров. Им следует принимать меры по обеспечению комплексного учета вопросов инвалидности в существующих методах сбора данных (например в контексте демографических обследований и исследований в области здравоохранения), предусматривающие дезагрегирование по признаку инвалидности, что позволило бы, среди прочего, сравнивать исходы между инвалидами и лицами, не имеющими инвалидности;

i) **использование потенциала новых технологий.** Странам следует задействовать этот потенциал как средство реализации права на здоровье и достижения целей в области устойчивого развития, касающихся здравоохранения. В этом контексте можно было бы особо выделить новаторские, инклюзивные и многосторонние инициативы и партнерства, занимающиеся медицинскими исследованиями и развитием медицинских технологий и облегчением доступа к ним.

23. Успеху вышеперечисленных мер в значительной мере могли бы способствовать сквозные усилия по повышению осведомленности лиц, принимающих решения, медицинских работников и населения о праве людей с инвалидностью на получение медицинских услуг и об их соответствующих потребностях.

V. Вопросы, предлагаемые к рассмотрению

24. В ходе обсуждения «за круглым столом» предлагается рассмотреть следующие вопросы:

a) Какие факторы необходимо учитывать для улучшения доступа инвалидов к качественным и недорогим медицинским услугам без дискриминации?

b) Какие меры, законы и положения необходимы для того, чтобы правительства могли обеспечивать соблюдение права на свободное и осознанное согласие, дальнейшее повышение осведомленности медицинских работников об учитывающих интересы инвалидов медицинских услугах и учреждениях и расширение возможностей самих инвалидов принимать самостоятельные и осознанные решения о своем здоровье?

c) Принимая во внимание существующее социальное неравенство, какие меры правительства и другие заинтересованные стороны могут принять для устранения неравенства доступа к медицинским технологиям и обеспечения надлежащего доступа к базовому медицинскому обслуживанию, с тем чтобы гарантировать право каждого, включая лиц с инвалидностью, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья?

d) Почему и каким образом программы реабилитации на уровне общин и инклюзивного развития способствуют повышению доступности и инклюзивности медицинских учреждений и услуг для инвалидов?

e) Какие конкретные меры могут быть приняты правительствами, международными организациями и гражданским обществом для расширения возможностей всех инвалидов в плане удовлетворения их потребностей в области охраны здоровья?