



OPEN SOCIETY INSTITUTE Public Health Program

1 1 > 1 1 MÅ Õ

1 1 1 1 1 1 ?1

1 1 > 1 1 1 1

õ M Mõ M R M M M M M M M M

“M “M Mõ M M “

**Общественное объединение
Союз инвалидов Иссык-Кульской области «Равенство»**



**СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ИНВАЛИДОВ КАК ПАЦИЕНТОВ.
ОТЧЕТ О РЕЗУЛЬТАТАХ МОНИТОРИНГА В
ИССЫК-КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Исследование проведено при поддержке Фонда «Сорос-Кыргызстан» и инициативы «Право и здоровье» программы «Общественное здравоохранение» Института «Открытое общество»

Однажды я после травмы позвоночника упал с коляски и получил перелом ноги... Врачи мне цинично сказали: «Ты все равно не ходишь, зачем тебе гипс, лежи и само срастется».

-- «Сыймык», 43 года, инвалид 1 группы, Иссык-Кульская область

Доклад подготовлен сотрудниками ОО «Равенство» Гульмирой Казакуновой и Айнурой Кабыловой

Редакция: Акейша Шилдс и Дмитрий Кабак

Редакционная помощь: Нургуль Джаманкулова

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИПР – Индивидуальная программа реабилитации

КР – Кыргызская Республика

МСЭК – Медико-социальная экспертная комиссия

ВТЭК – Врачебно-трудовая экспертная комиссия

ПКР – Правительство Кыргызской Республики

ОО «Равенство» – Общественное объединение Союз инвалидов Иссык-Кульской области «Равенство»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	3
Краткое описание результатов исследования.....	7
Краткое изложение выводов.....	14
Краткое изложение рекомендаций.....	16
Методология.....	16
Правовой анализ.....	17
Право на доступность.....	17
Доступность услуг здравоохранения.....	18
Отсутствие дискриминации.....	18
Право на согласие на основе полной информации.....	18
Право на свободу выбора.....	19
Право на приватность и конфиденциальность.....	19
Право на уважение времени пациентов.....	20
Право на соблюдение стандартов качества.....	21
Право на безопасность.....	21
Право на предотвращение по мере возможности страданий и боли.....	21
Право на подачу жалобы.....	22
Правовая защита инвалидов.....	23
Правовые обязательства по оказанию реабилитации.....	25
Нарушение прав пациентов.....	27
Нарушение репродуктивных прав женщин-инвалидов.....	27
Нарушение прав пациентов при оказании медико-санитарной помощи.....	29
Дискриминация и негативное отношение к пациентам-инвалидам.....	31
Нарушение прав пациентов при оказании неотложной медицинской помощи и ущемление достоинства пациентов.....	32
Нарушение прав пациентов на надлежащее диагностирование.....	33
Необеспечение индивидуальных программ реабилитации инвалидов.....	34
Заключение.....	36
Рекомендации.....	37
Выражение благодарности.....	39

ВВЕДЕНИЕ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Кыргызская Республика – это новое независимое государство в Центральной Азии. Граничит с Казахстаном, Таджикистаном, Узбекистаном и Китаем. Административное устройство – 7 областей, 41 район, 20 городов. Столица – город Бишкек.

По данным Национального комитета по статистике в Кыргызской Республике проживает 5,2 миллиона человек¹.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 10% населения мира – инвалиды (люди с ограниченными возможностями). Данные Министерства труда и социальной защиты КР свидетельствуют о тенденции роста числа инвалидов, проходящих первичное освидетельствование. К примеру, в 2005 г. зафиксировано, что численность инвалидов в стране возросла на 7,9 процента по сравнению с 2003 годом. Их количество составило 36 тысяч 325 человек. На 1 января 2008 года в Кыргызской Республике насчитывалось 110 700 граждан с ограниченными возможностями, из них 44,6 процента составляют женщины. Число людей с ограниченными возможностями составляет 2% от общего населения страны или 3% от взрослого населения. Показатель на уровне 3% объясняется тем, что многие больные не знают, как оформить инвалидность или не хотят переходить в категорию «инвалид». В действительности, настоящая численность инвалидов может быть значительно выше. Тревожным является тот факт, что в структуре первичной инвалидности, согласно специализированной психиатрической медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), инвалиды детства составляют большинство. Основным заболеванием, приводящим к инвалидности с детства, является умственная отсталость. Число инвалидов с умственной отсталостью среди инвалидов с детства достигает 80%².

С момента провозглашения независимости в Кыргызстане обострился ряд проблем, таких как рост уровня бедности и безработицы, снижение социальной поддержки и услуг, закрытие специализированных школ, детских садов и ухудшение качества медицинских услуг, которые в большей степени отрицательно повлияли на положение людей с ограниченными возможностями.

В отношении получения соответствующего лечения, большинство респондентов высказали мнение, что после развала СССР все стало платным, невозможно выехать на лечение в центры, нет возможности провести курс восстановительной терапии в хороших санаториях. Даже положенные путевки на санаторно-курортное лечение на местах инвалидам не достаточны. Так, путевка с 50%-ной скидкой инвалиду I группы выделяется один раз в 5 лет, инвалиду II группы – один раз в 3 года.

В 1991 году принят Закон «О социальной защите инвалидов в Кыргызской Республике»³, в котором отражены основные права инвалидов. Кроме данного закона, одним из важнейших документов, определяющих государственную политику

¹ По состоянию на 1 мая 2005 года.

² Национальная программа государственной поддержки инвалидов (утверждена указом Президента Кыргызской Республики от 29 июня 1999 г. №157).

³ Принят Жогорку Кенешем 17 апреля 1991 года. В последующем в закон вносились изменения.

в отношении инвалидов, является Национальная программа государственной поддержки инвалидов, утвержденная Президентом Кыргызской Республики в 1999 г. Данной Программой сделан упор на социальное равноправие и равенство инвалидов, решение проблем их социальной реабилитации, создание необходимых условий для интеграции этой части населения в общество, а также регулирования сложившихся отношений в области социальной поддержки инвалидов с учетом рыночных условий и международных стандартов⁴.

На основе опыта, приобретенного в ходе проведения Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций (1983–1992 годы), были разработаны Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Политической и моральной основой данных Правил являются Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах, а также Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действий в отношении инвалидов.

В дополнение, в Кыргызстане был принят целый ряд правовых актов в защиту прав инвалидов. Среди них:

- Национальная программа государственной поддержки инвалидов⁵;
- Трудовой Кодекс Кыргызской Республики⁶;
- Семейный Кодекс Кыргызской Республики⁷;
- Закон КР «О социальной защите инвалидов в Кыргызской Республике»⁸;
- Строительные нормы и правила Кыргызской Республики. Жилые здания (СНИП КР 31-03:2001)⁹;
- Государственная базовая программа интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы и План мероприятий по исполнению Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы¹⁰;
- Комплекс мер государственной поддержки инвалидов на 2006-2010 годы¹¹;
- Закон КР «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья»¹².

Перечисленные документы предусматривают ряд мер по медицинской, социальной, педагогической и трудовой реабилитации инвалидов, способствующие их интеграции в полноценную жизнь.

Несмотря на наличие правовой базы, инвалиды постоянно испытывают неравенство по отношению к себе. В связи с низким финансовым обеспечением,

⁴ Национальная программа государственной поддержки инвалидов (утверждена указом Президента Кыргызской Республики от 29 июня 1999 г. №157).

⁵ Утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 29 июня 1999 г. №157.

⁶ Содержит отдельную главу 25 «Особенности регулирования труда работающих инвалидов» в разделе VIII. Принят 4 августа 2004 г.

⁷ В редакции Законов КР от 26 июля 2004 года №96, 25 февраля 2005 года №38, 20 июня 2005 года №80.

⁸ Принят 17 апреля 1991 года №421-ХП. Утратил силу с принятием Закона КР «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008 года №38.

⁹ Учитывают потребности людей с ограниченной мобильностью. Приняты и введены в действие приказом Государственной комиссии при Правительстве Кыргызской Республики по архитектуре и строительству от 16 апреля 2001 года №62.

¹⁰ Утверждена Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 августа 2004 года №583.

¹¹ Утвержден Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 мая 2006 года №395.

¹² Принят 3 апреля 2008 года.

большинство инвалидов вынуждено выживать. Пенсия инвалидов I и II групп¹³ в среднем составляет 600-1000 сом, при потребительской корзине в 800 сом.

В Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2006 год¹⁴ Правительство улучшило доступность медицинских услуг для самых уязвимых категорий и освободило их от со-оплаты. Для инвалидов I и II групп значительно расширены виды медицинских услуг, предоставляемых бесплатно на амбулаторном уровне. Единственным ограничением является обоснованность проводимых лечебно-диагностических мероприятий и их соответствие клиническим протоколам, разработанным Министерством здравоохранения и внедренным в клиническую практику. Инвалиды имеют право на две плановые госпитализации в год, на получение бесплатных медицинских услуг. Также предусмотрены льготы при обеспечении лекарственными препаратами.

Иссык-Кульская область занимает первое место по инвалидности в Кыргызской Республике, на 10 тыс. населения насчитывается 44,2 инвалида ¹⁵ .			
Данные о численности лиц, прошедших через Медико-социальную экспертную комиссию Иссык-Кульской области ¹⁶ :			
г.Каракол		Иссык-Кульская область	
2006 г. (впервые)	1 полугод. 2007 г.	2006 г. (впервые)	1 полугод. 2007 г.
56 человек	25 человек	151 человек	848 человек
Данные о численности лиц, прошедших переосвидетельствование в 2006 г.:			
г.Каракол		Иссык-Кульская область	
391 чел.		21035 чел.	

Город Каракол является областным центром Иссык-Кульской области. При населении города в 70 тыс. человек, в нем насчитывается около 5 тыс. инвалидов. Однако проблемы, связанные с реабилитацией и адаптацией инвалидов в Караколе и области, имеют место, а их решение чаще декларируется. Несмотря на проводимые в Кыргызстане мероприятия по улучшению условий жизни, медицинского обслуживания, повышению качества образования, трудовой и профессиональной подготовки инвалидов, остается нерешенным большой комплекс социальных, экономических, психолого-педагогических и медицинских проблем.

Исследование изучает такие вопросы, как препятствия людям с ограниченными возможностями при получении медицинской реабилитации, дискриминация

¹³ Группы инвалидности обозначают степень утраты трудоспособности, которые обозначаются от I до III. К I группе относятся люди с наиболее тяжелой формой инвалидности, они считаются нетрудоспособными, им нужна постоянная помощь. Ко II группе инвалидности относятся люди, которые могут выполнять работу при создании специальных условий (вспомогательных средств, специально оборудованного рабочего места). К III группе – с незримым или умеренно выраженным ограничением жизнедеятельности.

¹⁴ Принята 30 января 2006 г. В 2007 году обновлена Постановлением Правительства КР от 24 августа 2007 г. №363, на его основе принят приказ Министерства здравоохранения от 6 декабря 2007 г. №431Б (сооплата).

¹⁵ По данным Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

¹⁶ По данным Иссык-Кульской областной медико-социальной экспертной комиссии. При прохождении комиссии проверяется состояние здоровья и подтверждающие документы, по которым определяется способность к труду. В итоге присваивается группа инвалидности от I до III. В последующем – каждый год в течение 7 лет проводится повторное освидетельствование. В состав комиссии входят врачи разных специальностей.

людей с ограниченными возможностями медицинским персоналом, включая работников скорой помощи и МСЭК. Данные сведения определяют качество охраны здоровья и возможности инвалидов Кыргызстана в последующие годы.

Имеют место такие нарушения, как дискриминация, грубое и плохое обращение с инвалидами со стороны медработников, непредставление необходимого поддерживающего лечения; имеются случаи принудительной стерилизации и нарушение репродуктивных прав женщин-инвалидов. Отсутствует доступная и удобная инфраструктура, приспособленная к потребностям инвалидов.

Все перечисленное вызывает у инвалидов глубокую депрессию, недоверие к врачам и, как следствие, отказ от лечения. Это приводит к различным осложнениям, вплоть до преждевременной смерти, усугублению и без того тяжелого положения. Возникает ощущение ненужности для общества, а также бесполезности лечения. Исчезает вера в себя, возникает комплекс неполноценности. Это приводит к изоляции инвалидов от общества, употреблению алкоголя вплоть до заболевания алкоголизмом, а также случаям суицида.

ПОНЯТИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация¹⁷.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) это подробная, обстоятельная карта, которая разрабатывается на основе решения бюро медико-социальной экспертизы о признании человека инвалидом. В нее входят мероприятия, направленные на восстановление способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии с его потребностями, притязаниями, кругом интересов, а также с учетом прогнозируемого уровня его здоровья. В ИПР обозначено все – виды, формы рекомендуемых мероприятий, объемы, сроки, исполнители, ожидаемый эффект¹⁸.

Проблема нарушений прав инвалидов поднимается, но является малоисследованной и не подкреплена достоверными данными – мало достоверных и обоснованных примеров, имеющиеся факты малочисленны. В этой связи было инициировано исследование для изучения существующего положения.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате исследования было выяснено состояние с исполнением индивидуальной программы реабилитации (ИПР), взаимоотношениями между инвалидами и медицинским персоналом, порядком получения ИПР в регионах, проблемами реабилитации инвалидов в г.Бишкек или регионах и др.

¹⁷ Закон «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008 года.

¹⁸ Закон «О социальной защите в Кыргызской Республике» от 1991 года; закон «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008 года.

В настоящее время инвалид получает со стороны государства недостаточные и несоответствующие потребностям реабилитационные услуги. Хотя закон «О социальной защите инвалидов КР»¹⁹ и Национальная программа государственной поддержки инвалидов²⁰ прописывают, что ИПР положена каждому человеку с инвалидностью, ИПР не выполняется полностью и остается декларативным документом.

Это связано с рядом причин, в том числе финансовой необеспеченностью Программы реабилитации, отсутствием квалифицированных реабилитологов, расположением реабилитационных кабинетов в местах, не учитывающих ограниченные физические способности пациентов и территории их проживания (расположение кабинетов на верхних этажах зданий без лифта, отсутствие реабилитационных центров в регионах), незнанием инвалидами своих прав в вопросах реабилитации, равнодушным отношением медицинских работников к процессу реабилитации, что отражается на результатах.

В данном исследовании были получены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы, связанные с формированием индивидуальной программы реабилитации, со структурой карты ИПР²¹, а также тем, какие элементы могут в нее войти. Полноценное заполнение карты ИПР влияет на объем получаемых в дальнейшем реабилитационных услуг. Без формирования карты ИПР инвалид не может получить от государства никаких реабилитационных услуг, технических средств реабилитации и санаторно-курортного лечения. Также без составления ИПР человек с инвалидностью не сможет встать на учет в службе занятости населения как безработный гражданин, а значит – воспользоваться услугами по профессиональному обучению и получать пособие по безработице. Современная структура ИПР состоит из мероприятий, услуг, технических средств реабилитации, необходимых для устранения причин и факторов, обуславливающих инвалидность.

ДОСТУП И ПОЛУЧЕНИЕ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Из 24 государственных служащих, опрошенных в ходе нашего исследования, 80% предпочитают думать, что государство проявляет необходимую заботу об инвалидах, т.к. они имеют различные льготы, существует разработанная в 1999 году Базовая программа интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007гг., законодательство предусматривает наличие в штате врача-реабилитолога, который занимается направлением обратившихся пациентов на реабилитацию и дает соответствующие рекомендации.

¹⁹ Принят 17 апреля 1991 года №421-ХII. Утратил силу с принятием закона «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008 года №38.

²⁰ Национальная программа государственной поддержки инвалидов, Указ Президента Кыргызской Республики от 29 июня 1999 года №157.

²¹ Формирование ИПР должно происходить автоматически при первичном или очередном освидетельствовании на инвалидность в учреждении медико-социальной экспертизы. Если группа инвалидности установлена бессрочно, то необходимо обратиться в службу МСЭК с письменным заявлением о формировании ИПР. При формировании ИПР проводится всесторонняя оценка здоровья, социального положения и реабилитационного потенциала человека с инвалидностью. На основании экспертной диагностики и реабилитационного прогноза определяются мероприятия, технические средства и услуги, позволяющие инвалиду восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Для заполнения раздела по медицинской реабилитации, человека направляют на врачебное освидетельствование в местную поликлинику или, если нужно стационарное лечение, в больницу. Человек с инвалидностью или его законный представитель (родитель, опекун) имеют право участвовать в разработке ИПР.

Сформированная карта ИПР подписывается руководителем учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и инвалидом или его законным представителем, заверяется печатью учреждения и выдается на руки инвалиду или его законному представителю.

Специалисты областной медико-социальной экспертной комиссии подтверждают, что в их штате предусмотрено 0,5 ставки врача-реабилитолога, но отмечают, что данное место занимает специалист, не прошедший специального обучения, и, следовательно, не имеющий соответствующей квалификации. Причиной данной ситуации стало принятие нормативно-правовой базы по реабилитации, которая предусматривала появление в штате реабилитолога. В действительности, эти специалисты не обладают соответствующей квалификацией в области реабилитации инвалидов и, более того, современная система медицинского образования в Кыргызстане не готовит специалистов – трудотерапевтов и физиотерапевтов, хотя в мировой практике это осуществляется достаточно успешно. Необходимо также отметить, что 0,5 ставки реабилитолога абсолютно недостаточно для полноценного осуществления процесса реабилитации. Из-за недостаточности времени реабилитологи прописывают только рекомендации в отношении трудовой деятельности инвалидов III группы. Что касается инвалидов I и II групп, то, по словам председателя Областной медико-социальной экспертной комиссии Иссык-Кульской области, согласно служебному письму Центра реабилитации и экспертизы, карта ИПР не заполняется. Это противоречит закону и госпрограмме об ИПР.

Также сотрудники государственных органов отмечают, что формирование ИПР в отношении инвалидов происходит в случае их персонального обращения, когда преобладающее большинство инвалидов не информировано о необходимости подачи заявления на ИПР. Инвалиды не располагают полным объемом информации об ИПР в силу отсутствия доступа к этой информации (часто физического доступа к местам, где они должны получить подобную информацию ввиду отсутствия пандусов и лифтов).

Более того, существуют причины, которые скрыты в советском времени, когда отсутствие общественных организаций инвалидов не обеспечило создание институтов защиты прав и представления интересов инвалидов на государственном и общественном уровнях. К примеру, организации Кыргызское общество слепых (КОС) и Кыргызское общество глухих (КОГ), которые существуют на протяжении 70 лет, позволили их членам иметь лучшие условия проживания (наличие особых льгот для инвалидов и членов их семей), и, в плане социальной активности и умения защищать свои интересы, они достигли наибольших результатов в сравнении с инвалидами с нарушением опорно-двигательного аппарата или инвалидами с детства. Обязанность информировать инвалидов об ИПР возложена законом на сотрудников МСЭК при первичном освидетельствовании. Однако, как уже отмечалось выше, имеющаяся у реабилитологов квалификация не обеспечивает инвалидам получение полной реабилитации, включающей в себя ее виды.

Сотрудники Иссык-Кульского областного МСЭК ссылаются на якобы существующее служебное письмо, полученное Центром медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, где дано указание составлять карту ИПР только инвалидам с III группой инвалидности. Согласно установленной МСЭК степени ограничения способности к трудовой деятельности, представители данной группы способны к вы-

полнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности. Исключение составляют некоторые инвалиды II группы, которые по собственному желанию настаивают на выполнении работы. Данный факт свидетельствует о нарушении законодательства со стороны МСЭК. Письмо противоречит законодательству и данный факт можно констатировать как один из видов нарушений. Согласно законодательству, «индивидуальная программа реабилитации инвалидов – комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер и видов социальной помощи, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма и способностей инвалида к выполнению определенного вида деятельности»²².

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, местными государственными администрациями и органами местного самоуправления, а также предприятиями, организациями, учреждениями независимо от форм собственности и хозяйствования²³.

Незнание правовых документов непосредственными исполнителями/сотрудниками МСЭК говорит об их некомпетентности в правовой сфере.

План мероприятий по исполнению Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы²⁴ возлагает принятие мер по ее выполнению на министерства, государственные комитеты, административные ведомства, государственные комиссии, местные государственные администрации и органы местного самоуправления. Информация по реализации плана мероприятий Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов за 2004-2007 годы должна ежеквартально представляться в Министерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики.

Ход реализации Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы ежегодно обсуждается на заседании Совета по делам инвалидов при Президенте Кыргызской Республики.

ОТКАЗ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДОСТУПА К РЕАБИЛИТАЦИИ И ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВ ИНВАЛИДОВ

На основе анализа и обработки данных исследования констатируется факт, что многие положения Плана мероприятий и реализация Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов остаются неисполненными как на национальном уровне, так на местах.

По мнению опрошенных представителей государственных органов, основными проблемами, из-за которых почти все министерства и ведомства не могут в полной мере эффективно решать проблемы инвалидов, являются следующие:

– недостаток финансовых средств, обеспечивающих реализацию этой программы,

²² Статья 18 закона КР «О социальной защите инвалидов».

²³ Статья 19 закона КР «О социальной защите инвалидов».

²⁴ Утвержден Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 9 августа 2004 года №583.

- отсутствие лекарственных средств,
- непригодность зданий и лечебных учреждений,
- пассивность самих инвалидов, а также
- отсутствие информации об ИПР среди инвалидов.

Остро стоит вопрос непригодности лечебных учреждений, помещений органов власти, жилых помещений, производственных зданий, объектов социальной и культурной сферы для доступа людей с ограниченными возможностями. Особые потребности инвалидов практически не учитываются, а призванные их обеспечить ведомства и структуры смотрят на эту проблему «сквозь пальцы».

Среди наиболее острых проблем: во-первых, ограниченный доступ для инвалидов-колясочников, во-вторых, труднодоступность Бишкекского центра для инвалидов жителям регионов, в-третьих, отсутствие возможности выбора реабилитационного учреждения самими инвалидами. Реабилитационный центр для инвалидов-опорников открыт только в г. Бишкек и рассчитан на 50 человек. К сожалению, инвалиды не могут получить здесь лечение и реабилитацию в комплексе. Предусмотрена только медицинская реабилитация, полностью отсутствует профессиональная, психологическая и социальная реабилитация. Медицинская реабилитация, в свою очередь, проводится не в полной мере из-за недостатка лекарственных и технических средств реабилитации. Инвалиды-колясочники не могут получать лечение в Центре из-за отсутствия приспособлений, обеспечивающих их доступ, а также непригодности помещения для пребывания инвалидов. В регионах реабилитационные центры отсутствуют вообще.

Например, кабинет реабилитации в центре семейной медицины г. Каракол находится на 3 этаже в здании без лифта. Остается догадываться, как инвалид на коляске или с костылями должен ежедневно принимать назначенные процедуры.

Большой проблемой является отсутствие необходимого специального оборудования для осмотра пациентов-инвалидов при приеме узкими специалистами – гинекологом, проктологом, акушером, стоматологом и др., что практически делает невозможным обращение пациентов-инвалидов к этим специалистам.

Исследование установило, что огромной проблемой является и проблема взаимоотношений между пациентами-инвалидами и обслуживающим медицинским персоналом. Как отметило большинство опрошенных при проведении данного исследования, отмечается равнодушно-снисходительное обращение, специалисты смотрят на пациентов-инвалидов, как на изгоев, брезгуют, стараются не замечать, в общении бывают грубы, смотрят с отвращением, демонстрируют раздражительность и неравное отношение при работе с инвалидами. При этом все участники опроса отметили, что отношение может меняться и всегда зависит от того, богат ли человек или беден.

Реальное положение демонстрируют слова заведующего реабилитационным кабинетом на «круглом столе»: «Что вы хотите от нас? Вас много, а нас мало»²⁵.

Ответы чиновников сводятся к внешним обстоятельствам и совсем не содержат персональную ответственность чиновника, они демонстрируют равнодушие к проблемам и положению инвалидов.

²⁵ По словам заведующего реабилитационным кабинетом, круглый стол на базе Группы семейных врачей, г. Каракол, 28 августа 2007 г.

Существование законов не означает наличие хорошей реабилитации. Проблема заключается в качестве реализации законов: наличии необходимых подзаконных актов, содержащих механизмы реализации ИПР и учитывающих финансовое обеспечение, как республиканского, так и местного бюджетов.

Со слов директора Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Кымбат Абазбековой, «ни одно лечебное учреждение не приспособлено для инвалидов-колясочников. Имеющиеся условия в больницах не соответствуют получению лицами с ограниченными возможностями полноценной реабилитации»²⁶.

Говоря о региональных особенностях в обслуживании инвалидов, респонденты, включая самих инвалидов, выразили мнение, что расположение заведений в столице определяет обеспеченность помощи и доступность лечебных учреждений: у инвалидов в Бишкеке больше возможности для получения реабилитации, они более информированы о своих правах, чем инвалиды в регионах. На периферии, например, в Иссык-Кульской области и, в частности, в городе Каракол, можно получить хоть какие-то реабилитационные мероприятия восстановительного характера (массаж, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение). В сельской местности об этом речи быть не может.

Отмечено определенное взаимодействие между министерствами и ведомствами, работающими по вопросам инвалидов, но нехватка финансовых ресурсов не позволяет эффективно реагировать и решать имеющиеся проблемы.

Государственная базовая программа интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы принята Правительством, в состав которого входит Министерство транспорта и коммуникаций. Министерство принимало непосредственное участие в процессе разработки и утверждения данного документа. Для получения разъяснений об обеспечении инвалидов транспортом в министерство направлен запрос.

В письме Министерства транспорта и коммуникации от 11.06.07 г., полученном в ответ на запрос, сообщено, что «...относительно п.67 Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы, утвержденной постановлением Правительства КР №583 от 09.08.2004 г., по вопросу обеспечения инвалидов в столице и регионах республики специализированными маршрутными такси, оснащенными специальными приспособлениями для их беспрепятственного доступа, Министерство в настоящих рыночных условиях из-за финансовых проблем сегодня производить обновление своего парка, тем более приобретение автотранспортных средств, приспособленных для перевозки инвалидов-колясочников, не в состоянии»²⁷. Таким образом, из ответа министерства следует, что оно не собирается выполнять свои обязательства. Проблема необеспеченности инвалидов транспортом игнорируется, что можно рассматривать как неисполнение программы.

Коррупционированность в обществе сказывается на инвалидах, поэтому в рамках данного исследования интервьюерами были заданы вопросы, касающиеся взятки. При доступе инвалидов к принятым гарантиям они сталкиваются с бюрократизмом, который создает условия, содействующие вымогательству или ожи-

²⁶ Интервью ОО «Равенство» с Кымбат Абазбековой, г. Бишкек, 26 июня 2007 г.

²⁷ Из письма Министерства транспорта и коммуникации от 11.06.07 г. о состоянии с обеспечением инвалидов транспортом.

данию вознаграждения. Процесс освидетельствования является очень бюрократичным и требует получения значительного количества справок, что вынуждает инвалидов платить взятки для быстрого прохождения освидетельствования.

На вопрос о взяточничестве при получении надлежащей группы инвалидности интервьюеры получили от медицинских сотрудников различные ответы: от категорического «нет» до «не могу на 100% утверждать, что нет случаев получения взятки». Врачи ВТЭК считают, что получение взяток возможно в учреждениях, в которых происходит пересмотр диагноза в сторону усиления. В каждом отделении МСЭК висят памятки о запретах на дачу и получение взятки и куда необходимо обращаться в случае вымогательства взятки. Несмотря на имеющиеся гарантии, посетители нередко добровольно предлагают вознаграждение, чтобы гарантировать себе отсутствие препятствий или проблем.

В ходе исследования инвалиды отмечали оскорбительное отношение, с которым они сталкивались при прохождении экспертизы. Чтобы улучшить отношения со специалистами, проводящими экспертизу, некоторые инвалиды вынуждены давать взятку или «подарки».

Я – инвалид I группы (инвалиды I группы инвалидности имеют запись в справке МСЭК «нетрудоспособен» и не имеют права работать), имею несовершеннолетнего сына и поэтому я была вынуждена перейти на II группу инвалидности чтобы работать, но потом, в связи с ухудшением здоровья, решила вернуть полагающуюся группу. На переосвидетельствовании я просидела целый день в очереди, хотя и пришла очень рано. В конце председатель МСЭК, вызвав меня, унижал своими вопросами и отношением, что привело к глубокой депрессии, из которой выходила очень долго²⁸.

Гулжан (псевдоним), инвалид I группы, Иссык-Кульская область

Вымогательство не происходит открыто, но ответы инвалидов свидетельствуют, что они подвергаются унижению и издевательскому отношению, что вынуждает их приносить подарки и подношения, чтобы получить даже полагающуюся категорию инвалидности.

Я – инвалид с детства. До 1989 года у меня была II группа инвалидности. После операции я долго не могла ездить на переосвидетельствование, и мне дали III группу инвалидности. Потом мое состояние ухудшилось, и я пошла на переосвидетельствование, где мне дали II группу инвалидности. При этом меня настолько унизили, что началось тяжелое расстройство желудка на нервной почве²⁹.

Сайрагуль (псевдоним), инвалид II группы, Иссык-Кульская область

На вопрос «Что, по вашему мнению, мешает реализации ИПР и что необходимо для того, чтобы ИПР стал действующей программой?» получены разноречивые ответы. Так, высокопоставленные чиновники с уверенностью заявляют, что ИПР в республике работает хорошо. У сотрудников в регионах по этому вопросу оптимизма оказалось меньше. Они говорят, что реабилитации как таковой почти не происходит.

²⁸ Интервью ОО «Равенство» с Гулжан (псевдоним), инвалид I группы, Иссык-Кульская область, 20 июня 2007 г.

²⁹ Интервью ОО «Равенство» с Сайрагуль (псевдоним), инвалид II группы, Иссык-Кульская область, 23 июня 2007г.

Отсутствие необходимой государственной поддержки, реабилитационных центров в регионах, квалифицированного персонала, финансовых средств для реабилитации ведут к ухудшению положения инвалидов.

На одном из «круглых столов» председатель Областной медико-социальной экспертной комиссии Иссык-Кульской области Геннадий Кылычбаев, отвечая на вопрос «Что нужно сделать, чтобы ИПР работал и каковы ваши рекомендации?», ответил: «Пусть голова болит у тех, кто получает за это деньги»³⁰. Закон возлагает реализацию поставленных задач, в том числе и на областную медико-социальную экспертную комиссию.

Исследование, проведенное для настоящего отчета, также выявило, что требование о внесении со-оплаты для получения реабилитационного лечения инвалидами III группы является очень обременительным, так как инвалиды не имеют достаточных средств. Инвалиды III группы, считающиеся работающей группой и получающие очень маленькую пенсию, в большинстве своем безработные. В связи с этим многие нуждающиеся вынуждены отказаться от необходимого лечения.

На основании анализа и обработки данных исследования интервьюеры пришли к выводу, что под реализацией ИПР, в конечном счете, считается получение медикаментозного лечения в местных больницах, а реализация программы ИПР в полном объеме не выполняется. Многие ответственные лица не имеют представления о том, что ИПР существует.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ВЫВОДОВ

Закон «О социальной защите инвалидов» и Национальная программа государственной поддержки инвалидов определяют, что ИПР положена каждому человеку с инвалидностью, но ИПР полностью не выполняется, оставаясь декларативным документом.

Это связано с рядом причин: финансовой необеспеченностью Программы реабилитации, отсутствием квалифицированных реабилитологов, неудобным расположением или отсутствием необходимого оснащения в реабилитационных кабинетах, существующих в некоторых медицинских учреждениях; отсутствие легкого доступа (необходимость лифтов, механических приспособлений, пандусов), отсутствие реабилитационных центров в регионах, равнодушное отношение персонала учреждений к реабилитации инвалидов, от чего зависит процесс реабилитации, а также незнание инвалидами своих прав на меры по реабилитации.

Разработка и обеспечение реализации Индивидуальной программы реабилитации были и остаются одним из актуальных вопросов для людей с инвалидностью. ИПР должна давать человеку с ограниченными возможностями чувство уверенности в себе, обеспечивать независимость, ставить цель в жизни, помогать лучше интегрироваться в общество и преодолевать некоторые аспекты инвалидности.

Своевременная реабилитация, адаптация и помощь профессиональных психологов могли бы значительно улучшить положение инвалидов. Став инвалидом

³⁰ Свидетелями стали участники круглого стола и журналист «Вести Иссык-Куля».

и не получая указанной помощи, человек полностью замыкается в себе. В таких ситуациях отмечается формирование комплексов, самоизоляция от внешнего мира, возникновение депрессии, ухудшение состояния здоровья, заболевание алкоголизмом, преждевременная смерть, а также проявление суицида. Инвалидность, в конечном итоге, сказывается на состоянии личности, психологических особенностях, жизни, духовном развитии.

Исследование показало, а высокопоставленные чиновники подтвердили, что ни одно лечебное учреждение не приспособлено для инвалидов-колясочников. Имеющиеся в больницах условия не соответствуют получению лицами с ограниченными возможностями полноценной реабилитации. Утвержденные гарантии не реализуются или нарушаются.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Интервью проводились с инвалидами разных социальных групп с врожденной и приобретенной инвалидностью. Из общего количества респондентов 62,5% являются инвалидами с приобретенной инвалидностью, а 37,5% – с врожденной инвалидностью.

50% опрошенных считают, что им диагноз был выставлен верно, 25% участников исследования уверены в том, что диагноз был поставлен неверно, что привело к тяжелым последствиям, 25% ответили, что не знают и затрудняются с ответами. На вопрос о том, в какой форме медицинский персонал сообщил об инвалидности, участники опроса ответили следующее: «Деликатно» – 12,5%; «Грубо» – 6,2%; «Прямо» – 24%; «Опосредованно» – 48,1%; «Бестактно» – 6,2%; «Написали, сам прочитал» – 3%.

ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ

94% опрошенных ответили, что не знали и не слышали о существовании индивидуальной программы реабилитации для инвалидов. 6% ответили, что имели расплывчатое представление, но не знали точно, что это такое. Данный факт свидетельствует о том, что государство не предпринимает необходимых мер для информирования получателей услуг. Поэтому ИПР фактически существует только на бумаге, тогда как согласно постановлению Правительства КР №583, в каждом областном управлении Министерства труда и социального развития КР должны функционировать консультативно-методические координирующие центры реабилитации (институциональный механизм), занимающиеся выполнением рекомендаций по индивидуальной программе реабилитации инвалидов.

Многие участники опроса отмечали равнодушно-снисходительное отношение медицинского персонала. Отдельные респонденты подчеркивали, что на них смотрят как на изгоев, брезгуют, стараются не замечать.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Необходима действенная государственная политика в отношении инвалидов, делающая акцент на системе социального обеспечения, обеспечивающая интеграцию инвалидов в общество, ставящая целью сохранение социальных связей, восприятия инвалидов как личности, гражданина и части общества.

С учетом этих обстоятельств необходимо развивать реабилитацию инвалидов как систему мер, направленных не только на снижение воздействия факторов в отношении инвалидов, но и на создание возможностей для достижения инвалидами социальной интеграции, адаптации к жизни в обществе.

МЕТОДОЛОГИЯ

Для исследования были составлены анкеты и проведены интервью с врачами, инвалидами, работниками Минздрава, Минсоцтруда, МСЭК, родителями детей-инвалидов. При проведении исследования были использованы официальные статистические данные. Мониторинг и исследования для настоящего отчета проводились членами общественного объединения «Союз инвалидов Иссык-Кульской области «Равенство».

Было проведено 70 индивидуальных интервью в период с июля по август 2007 г. в городах Бишкек и Каракол: 50 человек с ограниченными возможностями в г. Каракол, 5 работников Управления социальной защиты г. Каракол, 14 медицинских работников в г. Каракол, 3 работника Областной медико-социальной экспертной комиссии г. Каракол, 2 работника Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в г. Бишкек.

Был проведен круглый стол с целью выработки рекомендаций по улучшению доступа к ИПР, на котором присутствовали представители государственных структур и ОМСУ, непосредственно связанных с реализацией ИПР.

Проведенное исследование касалось вопросов охраны здоровья, в особенности отношения медицинских работников к лицам с ограниченными возможностями, состояния с предоставлением своевременной и качественной медицинской помощи, обеспечением репродуктивных прав женщин-инвалидов, реабилитации, доступа инвалидов к социальной инфраструктуре. Был проведен анализ действующего законодательства по исследуемым вопросам, а также других нормативных правовых актов, направленных на защиту прав лиц с ограниченными возможностями.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

Всего опрошено – 70 человек., из них:

Мужчин – 42 человека (60% от общего числа респондентов), женщин – 28 человека (40% от общего числа респондентов).

Сотрудники государственных структур:

Министерство труда и социального развития Кыргызской Республики – 4 человек (6% от общего числа респондентов), Министерство здравоохранения – 16 человек (23% от общего числа респондентов), Областная медико-социальная

экспертная комиссия – 2 человека (3% от общего числа респондентов), Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов – 2 человека (3% от общего числа респондентов).

Всем респондентам, за исключением ответственных работников, была гарантирована анонимность.

При проведении исследования нами была применена следующая методология: полуструктурированная дискуссия, индивидуальное интервью, интервью ключевого информанта, групповое интервью, целенаправленное групповое обсуждение (фокус-группы).

ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ

Права пациентов в Кыргызской Республике защищены конституционными гарантиями, обеспечивающими равные права для всех граждан, а также конкретным законодательством в области здравоохранения, включая закон «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Нарушение внутреннего законодательства, защищающего права пациентов, наказуемо по закону. Кроме того, правительство согласилось обеспечить гражданам Кыргызстана права, прописанные в основных документах ООН по правам человека, таких как Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП).

Наиболее полно права пациентов прописаны в Европейской хартии прав пациентов. Несмотря на то, что Хартия и не является юридическим обязательным документом для правительства Кыргызской Республики, в отличие от внутреннего законодательства и обязательств перед ООН, она представляет собой региональный стандарт по правам пациентов, к достижению которого должны стремиться страны, и именно поэтому она служит полезной основой для проведения анализа работы государственной системы здравоохранения на предмет ее соответствия потребностям населения и соблюдения его прав.

В Общих замечаниях Комитета по экономическим, социальным и культурным правам к статье 12 МПЭСКП речь идет о праве на наивысший достижимый уровень здоровья³¹. Данное замечание общего порядка устанавливает международный стандарт по важным вопросам, связанным с правами пациентов, таким как согласие на лечение, конфиденциальность информации о состоянии здоровья и отсутствие дискриминации.

ПРАВО НА ДОСТУПНОСТЬ

Право на доступность понимается как право каждого на доступность медицинских услуг, требующихся человеку по состоянию здоровья. Медицинские службы должны гарантировать равную доступность для всех без дискриминации по признакам наличия финансовых ресурсов, места проживания, вида заболевания или времени обращения за помощью³².

³¹ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка №14 (2000 г.) о праве на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

³² Статья 2 Европейской хартии прав пациентов.

Доступность услуг здравоохранения

В Международных соглашениях говорится, что государства должны создавать такие условия, когда каждому в случае болезни гарантируется медицинское обслуживание и медицинская помощь³³.

Конституция признает право на охрану здоровья, регулируя порядок получения медицинской помощи законом. Она гарантирует бесплатное оказание первой медицинской помощи и медицинской помощи по некоторым видам заболеваний. Конституция также признает право на медицинскую помощь социально уязвимым слоям населения. Получение помощи гарантируется как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях³⁴. Право на скорую медицинскую помощь прописано в местном законодательстве, по которому гарантируется срочное медицинское вмешательство по жизненным показаниям³⁵.

Отсутствие дискриминации

Международные договоры Кыргызской Республики запрещают дискриминацию в пользовании правами и свободами³⁶. В МПЭСКП особо оговаривается гарантия доступа к услугам здравоохранения и услугам без дискриминации³⁷.

В Кыргызской Республике гарантируется равенство всех людей перед законом и судом. Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации, ущемлению свобод и прав по мотивам происхождения, пола, расы, национальности, языка, вероисповедания, политических и религиозных убеждений или по каким-либо иным обстоятельствам личного или общественного характера³⁸.

Внутреннее законодательство гарантирует предоставление услуг здравоохранения на недискриминационной основе³⁹. Присяга врача включает в себя оказание медицинской помощи больным, невзирая на национальность, социальное положение, политические взгляды и религию, уважая их человеческое достоинство⁴⁰.

ПРАВО НА СОГЛАСИЕ НА ОСНОВЕ ПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Данное право понимается как право каждого на получение любого рода информации, которая позволит ему/ей активно участвовать в принятии решений относительно своего здоровья; эта информация является обязательным предварительным условием проведения любой процедуры и лечения, включая участие в научных исследованиях⁴¹.

Принятые Кыргызской Республикой обязательства в рамках международных договоров гарантируют свободу каждого не получать медицинскую помощь без согласия⁴². Эти международные инструменты также гарантируют право на согла-

³³ Статья 12, абзац 2 (d) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

³⁴ Статья 34, разделы 1 и 2 Конституции Кыргызской Республики.

³⁵ Статьи 22 и 23 закона «Об охране здоровья граждан в КР».

³⁶ Статья 2, абзац 1 Международного пакта о гражданских и политических правах; Статья 2, абзац 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах; и другие.

³⁷ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

³⁸ Статья 13, раздел 3 Конституции Кыргызской Республики.

³⁹ Статья 61 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴⁰ Статья 92 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴¹ Статья 4 Европейской хартии прав пациентов.

⁴² Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

сие на основе полной информированности, включая право защищать жизнь и здоровье⁴³ и право на получение и свободу использования информации⁴⁴.

Право получать информацию признано в соответствии с Конституцией⁴⁵. Внутреннее законодательство дает пациентам право на информацию о состоянии здоровья, включая право на получение информации в доступной форме и на получение информации о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения⁴⁶. Запрещается проводить медицинские, биологические, психологические опыты над людьми без их надлежащим образом выраженного и удостоверенного добровольного согласия⁴⁷.

ПРАВО НА СВОБОДУ ВЫБОРА

Каждый имеет право на свободу выбора между различными медицинскими процедурами и учреждениями (специалистами) на основе адекватной информации⁴⁸.

Осознанный и ответственный выбор может происходить только на основе соответствующей информации, которую пациенту должны представлять медицинские учреждения и их сотрудники. Ряд международных договоров детализирует право на получение информации⁴⁹ и на признание человека субъектом закона, обладающим правами и несущим обязанности⁵⁰.

В соответствии с законодательством Кыргызской Республики, пациент наделен правом получать в доступной форме информацию о методах лечения и связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях, сведения о медицинском персонале, участвующем в обследовании или лечении⁵¹. Права пациента включают возможность выбора лечащего врача, отказ от участия студентов в процессе диагностики и лечения,⁵² выбор семейного врача и врача общей практики⁵³.

ПРАВО НА ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Каждый имеет право на конфиденциальность личной информации, включая информацию о своем состоянии здоровья и предполагаемых диагностических либо терапевтических процедурах, а также на защиту своей приватности во время проведения диагностических осмотров, посещений медицинских специалистов и в целом при медицинских и хирургических вмешательствах⁵⁴.

⁴³ Статья 9, абзац 1 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁴⁴ См. Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей.

⁴⁵ Статья 14, раздел 3, абзац 13 Конституции Кыргызской Республики.

⁴⁶ Статья 73 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴⁷ Статья 19, раздел 2 Конституции Кыргызской Республики.

⁴⁸ Статья 5 Европейской хартии прав пациентов.

⁴⁹ См. Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей.

⁵⁰ Статья 16 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁵¹ Статья 73 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁵² Статья 72 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁵³ Статьи 61 и 66 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁵⁴ Статья 6 Европейской хартии прав пациентов.

В соответствии с международным законодательством по правам человека, никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств⁵⁵ и особое право на то, чтобы данные, имеющие отношение к состоянию его здоровья, считались конфиденциальными⁵⁶.

Конституция Кыргызской Республики признает право на неприкосновенность частной жизни⁵⁷ и не допускает сбор, хранение, использование и распространение конфиденциальной информации о лице без его согласия, кроме случаев, установленных законом⁵⁸.

Гарантии конфиденциальности включаются в понятие врачебной тайны, которая охватывает сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании или лечении⁵⁹. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей⁶⁰.

ПРАВО НА УВАЖЕНИЕ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ

*Каждый имеет право на получение необходимого лечения без промедления, в течение заранее установленного срока. Это право относится к каждому этапу лечения*⁶¹.

МПЭСКП требует создания условий, которые гарантировали бы каждому предоставление медицинской помощи в случае болезни⁶². Комитет по экономическим, социальным и культурным правам интерпретирует это условие таким образом, чтобы включать гарантию равного и своевременного доступа к лечению. В основных документах ООН не устанавливаются стандарты своевременности конкретного лечения.

По Конституции Кыргызской Республики порядок получения медицинской помощи устанавливается законом⁶³. Законодательство возлагает на организации здравоохранения обязанность обеспечить своевременную медицинскую помощь в соответствии с выделенными материальными и финансовыми ресурсами⁶⁴. Право на уважение времени пациентов определяется соответствующими программами государственных гарантий, утверждаемых уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения⁶⁵.

⁵⁵ Статья 17, абзацы 1 и 2 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁵⁶ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

⁵⁷ Статья 14, раздел 3 Конституции Кыргызской Республики.

⁵⁸ Статья 14, раздел 4 Конституции Кыргызской Республики.

⁵⁹ Статья 91 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁶⁰ Статья 91 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁶¹ Статья 7 Европейской хартии прав пациентов.

⁶² Статья 12, абзац 2 (d) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

⁶³ Статья 34, раздел 2, абзац 2 Конституции Кыргызской Республики.

⁶⁴ Статья 95 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁶⁵ Статья 10 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». В большей части случаев в качестве уполномоченного государственного органа, скорее всего, выступает либо Министерство здравоохранения, либо Фонд обязательного медицинского страхования.

ПРАВО НА СОБЛЮДЕНИЕ СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА

*Каждый имеет право на доступность качественного медицинского обслуживания на основе спецификации в точном соответствии со стандартами*⁶⁶.

Международные договоры Кыргызской Республики возлагают обеспечение права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья на государство⁶⁷.

В Кыргызской Республике закон признает за пациентом право на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой⁶⁸. Закон устанавливает ответственность лиц, оказывающих медико-санитарную помощь, за необеспечение качества⁶⁹. С целью улучшения качества медицинской помощи уполномоченный орган в области здравоохранения осуществляет аккредитацию лиц, занимающихся медицинской деятельностью,⁷⁰ управляет качеством медико-санитарной и санитарно-профилактической помощи, координирует качество образования, обеспечивает контроль качества, безопасности и эффективности лекарственных средств⁷¹.

ПРАВО НА БЕЗОПАСНОСТЬ

*Каждый имеет право на свободу от вреда, причиненного ненадлежащим функционированием системы здравоохранения, халатностью и ошибками медработников, а также право на доступность медицинских услуг и лечебных процедур, соответствующих высоким стандартам безопасности*⁷².

Безопасность медицинской помощи обеспечивается посредством требования законодательного закрепления порядка ее оказания⁷³. Лица, оказывающие медико-санитарную помощь, несут ответственность за необеспечение ее безопасности⁷⁴. Уполномоченный государственный орган в области здравоохранения обеспечивает контроль безопасности⁷⁵.

ПРАВО НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПО МЕРЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТРАДАНИЙ И БОЛИ

*Каждый имеет право по мере возможности избежать страданий и боли на каждом этапе своего заболевания*⁷⁶.

Каждый человек обладает правом на личную неприкосновенность⁷⁷. Международные стандарты по правам человека включают признание достоинства, присущего каждому человеку с момента рождения⁷⁸. Юридические инструменты

⁶⁶ Статья 8 Европейской хартии прав пациентов.

⁶⁷ Статья 12, абзац 1 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

⁶⁸ Статья 72 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁶⁹ Статья 4 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁷⁰ Статья 6 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁷¹ Статья 10 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Здесь также, в качестве уполномоченного государственного органа, скорее всего, выступает либо Министерство здравоохранения, либо Фонд обязательного медицинского страхования.

⁷² Статья 9 Европейской хартии прав пациентов.

⁷³ Статья 34, раздел 2, абзац 2 Конституции Кыргызской Республики.

⁷⁴ Статья 4 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁷⁵ Статья 10 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Министерство здравоохранения и другие органы, которым государство делегирует полномочия, несут ответственность за регулирование процедур безопасности.

⁷⁶ Статья 11 Европейской хартии прав пациентов.

⁷⁷ Статья 9, абзац 1 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁷⁸ Всеобщая декларация прав человека.

особо подчеркивают, что никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию⁷⁹. Причинение сильной боли или страдания, физического или нравственного, государственным должностным лицом или иным лицом, действующим в официальном качестве, по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, рассматривается в качестве пытки⁸⁰.

Конституция Кыргызской Республики обеспечивает защиту от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство наказания⁸¹. Облегчение страданий больного по мере сил, знаний и умений входит в присягу врача⁸². Внутреннее законодательство предусматривает, что пациенты имеют право на лечение при гуманном отношении со стороны медицинского и обслуживающего персонала⁸³.

ПРАВО НА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ

Каждый, в случае причинения ему/ей вреда, имеет право жаловаться и получить ответ или иную обратную связь⁸⁴.

В договоре ООН по правам человека каждому гарантируется право на эффективные меры защиты нарушенных прав⁸⁵. В Замечаниях общего порядка к статье 12 МПЭСКП Комитет по экономическим, социальным и культурным правам недвусмысленно говорит о том, что в соответствии с Пактом "любое лицо или группа лиц, ставшие жертвами нарушения права на здоровье, должны иметь доступ к эффективным судебным или иным надлежащим средствам правовой защиты, как на национальном, так и на международном уровнях. Все жертвы подобных нарушений должны иметь право на адекватное возмещение ущерба в форме реституции, компенсации, сатисфакции или гарантий неповторения. Борьбой с нарушениями права на здоровье должны заниматься национальные уполномоченные и комиссии по правам человека, форумы потребителей, ассоциации по защите прав пациентов или аналогичные учреждения"⁸⁶. Право на подачу жалобы предусмотрено в случае применения пыток и жестокого обращения или наказания⁸⁷.

В Кыргызской Республике, в случае нарушения своих прав, пациент может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные государственные медицинские организации либо в суд. Законодательство устанавливает 30-дневный срок на рассмотрение обращений⁸⁸. При наличии состава преступления или правона-

⁷⁹ Статья 7 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁸⁰ Статья 1 Конвенция против пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

⁸¹ Статья 19, абзац 1 Конституции Кыргызской Республики.

⁸² Статья 92 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁸³ Статья 92 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁸⁴ Статья 13 Европейской хартии прав пациентов.

⁸⁵ Статья 2, абзац 3 (а, b, c) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

⁸⁶ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

⁸⁷ Статья 13 Конвенция против пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

⁸⁸ Статья 8 закона КР «О порядке рассмотрения обращений граждан».

рушения заявитель должен обратиться с заявлением в уполномоченные органы – органы внутренних дел, прокуратуру, суд⁸⁹.

ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ИНВАЛИДОВ

Основные права инвалидов детализированы в Конвенции ООН о правах инвалидов – важном международном документе, который устанавливает стандарты государственной политики в отношении людей с ограниченными возможностями. К сожалению, данная конвенция еще не принята Кыргызстаном. Права инвалидов ранее были закреплены в таких документах, как Декларация о правах инвалидов⁹⁰, которую принял Кыргызстан, Всеобщая декларация прав человека, Международный пакт о гражданских и политических правах, а также Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Декларация о правах умственно отсталых лиц, Декларация социального прогресса и развития, где провозглашена необходимость защиты прав, обеспечение благосостояния, восстановление трудоспособности людей с физическими и умственными недостатками.

Конвенция ООН о правах инвалидов признает право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники обязуются принимать все надлежащие меры для обеспечения инвалидам того же набора, качества и уровня бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах инвалидов за счет обучения и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения и не допускают дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области по причине инвалидности⁹¹. Хотя Кыргызстан пока не присоединился к Конвенции ООН о правах инвалидов, положения, содержащиеся в данном международном договоре, рассматриваются стандартом, к которому все государства стремятся.

Конституция КР, Закон «О социальной защите инвалидов», Закон «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» и Закон «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» – являются важными нормативно-правовыми актами, которые определяют государственную политику в отношении инвалидов. Они нацелены на обеспечение равных возможностей в реализации прав и свобод, устранения ограничений в жизнедеятельности, создания благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической и политической жизни общества, а также выполнять свои гражданские обязанности в соответствии с общепринятыми принципами международного права и международными договорами Кыргызской Республики.

Кыргызстан провозглашает, что, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, государство создает необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способно-

⁸⁹ Уполномоченный орган определяется подследственностью согласно ст. 163 УПК КР или главы 41 Кодекса об административной ответственности КР.

⁹⁰ Принята 9 декабря 1975 года резолюцией 13-й сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 3447 (XXX).

⁹¹ Статья 25 Конвенции ООН о правах инвалидов.

стей путем учета потребностей инвалидов в соответствующих республиканских программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав⁹². Инвалидам устанавливаются дополнительные гарантии для реализации их прав и законных интересов, проявляется особая забота о детях-инвалидах.

Инвалидам, в том числе детям-инвалидам и инвалидам с детства, гарантируется право на медико-санитарную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями и средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку⁹³. Также нетрудоспособные инвалиды, согласно этому закону, имеют право на бесплатную медико-санитарную помощь в государственных организациях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий, уход на дому, а в случае неспособности удовлетворять основные жизненные потребности - на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения.

Порядок оказания медико-санитарной помощи инвалидам и перечень льгот для них определяются законодательством Кыргызской Республики.

Каждый пациент, обращающийся за помощью в учреждения здравоохранения, имеет следующие права: на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; на обследование, профилактику, лечение, медицинскую реабилитацию и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; а также на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой⁹⁴.

Кыргызское законодательство в области репродуктивного здоровья гарантирует, что любая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о том, будет ли она рожать, прерывать беременность или применять методы стерилизации без принуждения или иного вмешательства со стороны государства. Медицинская стерилизация как медицинское вмешательство в целях лишения способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции проводится в организациях здравоохранения только по письменному заявлению совершеннолетнего пациента⁹⁵.

Относительно оказания медико-санитарной помощи в законе указано, что организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, обязаны обеспечить доступную, своевременную и квалифицированную медицинскую помощь необходимого объема, установленного для определенных уровней здравоохранения, в соответствии с выделенными материальными и финансовыми ресурсами; оказание неотложной медицинской помощи; а также готовность к работе в экстремальных условиях (эпидемия, чрезвычайные ситуации, военное положение, стихийные бедствия, работа в труднодоступных и опасных условиях)⁹⁶.

Кроме того, как пациенты, инвалиды имеют право на выбор лечащего врача в амбулаторных и стационарных организациях здравоохранения; на получение

⁹² Статья 3 закона «О социальной защите инвалидов». Закон принят 17 апреля 1991 года.

⁹³ Статья 70 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

⁹⁴ Статья 72 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

⁹⁵ Статья 36 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

⁹⁶ Статья 95 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

льготных медицинских, лекарственных, ортопедических и других услуг в организациях здравоохранения в порядке, установленном Правительством Кыргызской Республики; на проведение консилиума и консультаций других специалистов; на допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав; на допуск к нему священнослужителя, а в больнице - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больницы; на отказ от участия студентов медицинских образовательных организаций в процессе диагностики, лечения; а также на иные права, предусмотренные законодательством Кыргызской Республики.

В случае нарушения прав пациента, он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские общественные организации либо в суд.

Кодекс профессиональной этики медицинского работника КР, регламентируя взаимоотношения медицинского работника и пациента, обязывает медицинского работника уважать честь и достоинство пациента, проявлять внимательное и терпеливое отношение к нему и его близким⁹⁷.

Грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его человеческого достоинства, а также любые проявления превосходства или выражение кому-либо из пациентов предпочтения или неприязни со стороны медицинского работника недопустимы. Медицинский работник должен оказывать медицинскую помощь в условиях минимально возможного стеснения свободы и достоинства пациента⁹⁸.

В отношении медицинских и фармацевтических работников за нарушение врачебной этики, причиненный ущерб здоровью граждан, разглашение врачебной тайны предусматривается ответственность в соответствии с законодательством⁹⁹. Законодательство предусматривает дисциплинарную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственности.

Особого внимания требует вопрос создания условий для беспрепятственного доступа инвалидам. Действующие средства транспорта, связи и информации и другие объекты социальной инфраструктуры должны быть приспособлены для доступа и использования инвалидами. В соответствии с законом «О социальной защите инвалидов», когда указанные объекты невозможно полностью приспособить для доступа инвалидов, соответствующие предприятия, учреждения и организации должны разработать и осуществить необходимые меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов¹⁰⁰.

ПРАВОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ОКАЗАНИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ

Реабилитация не является лишь профилактикой, лечением и трудоустройством, а принципиально новым подходом к больному, включая повторную социализацию, восстановление личного и социального статуса инвалида.

⁹⁷ Статья 6, раздел II Кодекса профессиональной этики медицинского работника КР.

⁹⁸ Статья 7 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

⁹⁹ Статья 102 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

¹⁰⁰ Статья 10 закона КР «О социальной защите инвалидов».

Реабилитация по своему характеру должна быть многопрофильной, т.е. учитывать различные аспекты жизни и потребности в зависимости от индивидуальной специфики каждого человека (инвалида), и непременно включать медицинские, социальные, профессиональные и трудовые аспекты.

Медицинская реабилитация направлена на восстановление утраченных функций организма. Для этого необходимо обеспечить инвалидов всеми видами медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому, в стационарах, максимально используя лечение для восстановления трудоспособности.

Социальная реабилитация ставит своей целью формирование у инвалидов устойчивых психологических установок на полноценное участие в жизни общества, а также обучение навыкам самостоятельной жизни и самообслуживания.

Завершающим этапом реабилитации является возвращение инвалидов к профессиональному труду. Специальная экспертиза позволяет установить потенциальные возможности инвалида, на основе которых разрабатывается индивидуальная программа реабилитации.

В настоящее время многопрофильных реабилитационных центров, обеспечивающих как медицинскую, так и профессиональную социальную реабилитацию в Республике, нет. В связи с этим, для приведения в соответствие стандартов реабилитации, основной задачей по поддержке инвалидов и их реабилитации является создание Реабилитационных центров во всех регионах на правительственном и неправительственном уровнях.

В соответствии с законом, индивидуальная программа реабилитации инвалидов – комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер и видов социальной помощи, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма и способностей инвалида к выполнению определенного вида деятельности¹⁰¹.

Индивидуальная программа реабилитации содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с государственной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид или организация независимо от формы собственности и хозяйствования.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, местными государственными администрациями и органами местного самоуправления, а также предприятиями, организациями, учреждениями независимо от форм собственности и хозяйствования¹⁰².

Согласно статье 20 Закона «О социальной защите инвалидов», республиканские и местные органы государственной власти с учетом потребностей инвалидов в реабилитационной помощи и местных условий создают сеть реабилитационных, в том числе научно-производственных, центров, отделения восстановительного

¹⁰¹ Статья 18 закона КР «О социальной защите инвалидов».

¹⁰² Статья 19 закона КР «О социальной защите инвалидов».

лечения в амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждениях, специальные учебно-воспитательные учреждения, специализированные санаторно-курортные учреждения, специализированные предприятия и учреждения по оказанию социально-бытовых услуг инвалидам.

На государство возлагается обязанность организовать и способствовать становлению и развитию системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, представляющей комплекс мер, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей к самообслуживанию, различным видам профессиональной деятельности, а также позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни и обеспечивающих их реализацию прав и потенциальных возможностей¹⁰³.

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ЖЕНЩИН-ИНВАЛИДОВ

В процессе опроса женщины-инвалиды рассказывали о многочисленных случаях дискриминации и нарушениях их прав профильными медицинскими специалистами. Женщины-инвалиды отмечали негативное отношение врачей-гинекологов к беременным пациенткам-инвалидам: чаще всего таковым не рекомендуют рожать или говорят о необходимости стерилизации. Медицинская стерилизация, как медицинское вмешательство в целях лишения способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, должно проводиться в организациях здравоохранения только по письменному заявлению совершеннолетнего пациента¹⁰⁴. Следовательно, имеет место нарушение прав пациента.

Проблема дискриминации в сочетании с отсутствием осознания ответственности структур о том, что у женщин с ограниченными возможностями в области медицины и семейного планирования имеются те же нужды, что у всех остальных женщин, приводит к тому, что женщины-инвалиды не могут получить полноценное лечение. Данная проблема усугублена для сельских женщин.

Специальные нужды женщин-инвалидов, такие как отсутствие специального технического оснащения, особых приспособлений, специальных подъездов к клиникам и консультациям не принимаются во внимание. Это, а также неуважительное отношение медицинских работников заставляют женщин отказаться от обследования и лечения. В соответствии с законодательством, любая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о том, хочет ли она рожать или прерывать беременность, без принуждения или вмешательства других лиц¹⁰⁵.

Кыргызская система здравоохранения не обеспечивает достаточной защиты репродуктивных прав женщин-инвалидов. В некоторых случаях врачи настоятельно рекомендуют таким пациенткам не рожать, не делая при этом попытку разъяснить причину. Подобные и другие действия врачей препятствуют реализации репродуктивных прав женщин-инвалидов. Так, большинство (70%) женщин-респондентов указали на негативное отношение гинекологов к пациент-

¹⁰³ Статья 17 закона КР «О социальной защите инвалидов».

¹⁰⁴ Статья 36 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

¹⁰⁵ В соответствии с законом КР «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 года №147, а также имеет право на свободный репродуктивный выбор, материнство, на защиту репродуктивного здоровья.

кам-инвалидам. Такое отношение профильных врачей и объясняет тот факт, что почти треть (30%) женщин-респондентов не обращается к гинекологу.

Из общего количества опрошенных участников женщины-инвалиды составляли 40%. На вопрос «Как часто вы обращаетесь к гинекологу?» 50% опрошенных женщин ответили «Не обращалась длительное время (4, 8, 15 лет)»; 33,4% женщин-инвалидов никогда не обращались к гинекологу; 16,6% женщин не приходилось обращаться к гинекологу вплоть до самых родов. Женщины-инвалиды не просвещены в вопросах репродуктивного и сексуального здоровья, и программы репродуктивного здоровья не учитывают нужды и потребности женщин-инвалидов. Государству важно вести просветительскую работу с данной группой населения. Все опрошенные женщины-инвалиды сказали о том, что отсутствуют какие-либо специальные условия для приема женщин-инвалидов как у врача гинеколога, так и в родильных домах.

По вопросу приглашения женщин-инвалидов к участию в каких-либо программах по вопросам планирования семьи все опрошенные участницы дали отрицательный ответ.

На вопрос о том, были ли специфические советы и дополнительные обследования, связанные с инвалидностью, со стороны врача как к женщине-инвалиду положительно ответили 15%. Все эти женщины получали такие советы и дополнительное обследования лишь во время беременности и родов, что свидетельствует о недостаточной просветительской работе со стороны государства.

Некоторые опрошенные женщины-инвалиды отмечали негативное отношение врачей-гинекологов к беременной пациентке-инвалиду, чаще всего им не рекомендуют рожать или говорят о необходимости стерилизации, убеждая, что женщины-инвалиды не могут выступать в традиционной женской роли матери, что их дети будут такими же инвалидами.

Одной из пациенток была сделана стерилизация без ее согласия, как сказали врачи, по медицинским показаниям¹⁰⁶. У Айнуры (псевдоним) диагноз детский церебральный паралич (ДЦП)¹⁰⁷ с сохраненным интеллектом, она ходит при помощи трости. После посещения гинеколога, который ей сказал, что она не должна иметь детей, она впала в депрессию и сделала аборт. Не многие пациенты являются грамотными в вопросах показаний для стерилизации и прерывания беременности, доверяя медицинским специалистам.

«Я очень обрадовалась, узнав, что забеременела. Но когда я обратилась к гинекологу, врач стала отговаривать меня рожать, мало того, она стала говорить, о том, что мои дети могут стать такими же инвалидами. Слова врача меня очень сильно расстроили, я даже стала задумываться, не сделать ли мне аборт¹⁰⁸».

Айнура (псевдоним), 32 года, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

Почти 40% опрошенных женщин отметили одной из причин прерывания беременности тяжелое экономическое положение семьи, 30% заявили о том, что сделали аборт по настоятельному требованию врача. Некоторые врачи говорят

¹⁰⁶ Интервью ОО «Равенство» с Айнурой (псевдоним), Иссык-Кульская область, 30 июня 2007 г.

¹⁰⁷ Детский церебральный паралич – врожденное заболевание или следствие родовой травмы.

¹⁰⁸ Интервью ОО «Равенство» с Айнурой (псевдоним), Иссык-Кульская область, 24 июня 2007 г.

женщинам-инвалидам и о том, что они не должны иметь детей и предлагают проделать операцию по стерилизации.

В соответствии с законом, «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина»¹⁰⁹, но на самом деле это происходит не всегда. В одном из приводившихся респондентом случаев, она была не только не информирована об определенных решениях медицинских работников, но в результате произвольных действий была лишена возможности иметь детей.

«5 лет назад во время операции по удалению аппендикса хирурги сделали мне стерилизацию, но перед операцией, об этом не было разговора, меня об этом никто не спрашивал. Как потом объяснили врачи, стерилизация была сделана по медицинским показаниям. У меня диагноз ДЦП. Чем было вызвано такое решение, мне никто не объяснял»¹¹⁰.

Татьяна (псевдоним), 24 года, инвалид II группы, Иссык-Кульская область

«Впоследствии травмы позвоночника я стала ходить на костылях, через год я ждала ребенка, врачи всячески отговаривали меня, говорили, что могу родить такого же инвалида, хотя я уверяла, что инвалидность у меня приобретенная и я знаю случаи, когда женщины-инвалиды имеют детей. Мне сделали кесарево сечение, родился здоровый малыш, но, к сожалению, в возрасте 3 месяцев он умер от воспаления легких, когда я вновь захотела иметь ребенка выяснилось, что у меня перевязаны трубы, т.е. я никогда не могу иметь детей...»¹¹¹.

Алла (псевдоним), 33 года, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

При обращении за медицинской помощью и ее получении, пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; на обследование, профилактику, лечение, медицинскую реабилитацию и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой¹¹².

К сожалению, высказывания опрошенных респондентов при проведении анкетирования подтверждают, что существуют многочисленные случаи дискриминации и нарушений профильными медицинскими специалистами по отношению к пациентам-инвалидам. Но ни один из них не написал жалобу или не обратился в вышестоящие органы, так они считают, что это бесполезно и никто их не будет слушать, а завтра они вновь обратятся к этому же доктору и отношение его будет еще хуже.

¹⁰⁹ Из закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

¹¹⁰ Интервью ОО «Равенство» с Татьяной (псевдоним), Иссык-Кульская область, 24 июня 2007 г.

¹¹¹ Интервью ОО «Равенство» с Аллой (псевдоним), Иссык-Кульская область, 20 июня 2007 г.

¹¹² Статья 72 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

«У меня парализованы ноги и руки впоследствии перелома шейного отдела позвоночника, нарушены функции тазовых органов. Сейчас у меня цистостома. Это трубки, выводящие мочу из мочевого пузыря, и поэтому часто возникает закупорка труб и инфицирование мочевых путей и почек, повышается давление, температура. Иногда я обращаюсь в больницу, чтобы поменять трубки. Один раз врач, которая меняла трубки, грубо стала кричать, что я воняю и воняет моя коляска, и что я загромождаю выход. Она вставила необработанную трубку, в результате я сейчас имею большие проблемы с почками»¹¹³.

Респондент У., инвалид I группы, Иссык-Кульская область

75% участников опроса отмечали равнодушно-снисходительное обращение медицинского персонала. Как отметили опрошенные, специалисты смотрят на пациентов-инвалидов, как на изгоев, брезгают, стараются не заметить, в общении бывают грубы, смотрят с отвращением, демонстрируют раздражительность и неравное отношение при работе с инвалидами. При этом все участники опроса отметили, что отношение может меняться и всегда зависит от того, богат ли человек или беден.

Отсутствие надлежащих условий для лиц с ограниченными возможностями и незаинтересованность медперсонала сказываются на обеспечении права на качественную медицинскую помощь.

«По состоянию здоровья мне пришлось находиться в больнице, но каждый день отец увозил меня домой, чтобы я смог сходить в туалет. В больницах двери в туалет узкие, коляска не помещается, и очень грязно. Иногда, когда захочешь в туалет, кричишь, кричишь и еле дозовешься. Если дают судно, моча может стоять целыми днями, пока не попросишь, чтобы вылили. В последние годы из-за этого я даже не лечусь в больнице»¹¹⁴.

Александр (псевдоним), 47 лет, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

В случае нарушения прав пациента, закон предусматривает возможность обращения с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские общественные организации либо в суд. К сожалению, ни один из опрошенных респондентов не воспользовался этим правом.

«Это пустая трата времени и нервов. Маловероятно, что справедливость будет на стороне инвалидов и нарушителей накажут. Даже на извинения со стороны медицинского персонала не приходится рассчитывать»¹¹⁵.

Респондентка Н. из г.Каракол

¹¹³ Интервью ОО «Равенство» с У. (псевдоним), Иссык-Кульская область, 30 июня 2007 г.

¹¹⁴ Интервью ОО «Равенство» с Александром (псевдоним), Иссык-Кульская область, 25 июня 2007 г.

¹¹⁵ Интервью ОО «Равенство» с Н. (имя не называется по просьбе респондента), Иссык-Кульская область, 26 июня 2007 г.

ДИСКРИМИНАЦИЯ И НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТАМ-ИНВАЛИДАМ

Преобладающее большинство опрошенных говорит, что отношение к ним разное и зависит от человека. В большинстве случаев отношение отрицательное: раздражает коляска, происходит унижение, проявляется грубость. Инвалиды говорят, что на них смотрят с нескрываемым раздражением и отвращением, если и не говорят грубо, то демонстрируют, что они надоели. Инвалиды чувствуют себя людьми второго сорта. Дача вознаграждения меняет отношение. Это свидетельствует о зависимости получения услуг от материального положения пациента – богат ли он или беден.

Несмотря на то, что очень много инвалидов ежедневно страдает от социального притеснения, общество не замечает данной проблемы, в основном, из-за отсутствия интеграции инвалидов в общественную жизнь. Изоляция инвалидов является механизмом, скрывающим проблему, и тем самым способствует сохранению существующего положения.

Из-за недоступной окружающей среды и инфраструктуры, стереотипного отношения общества, у инвалидов понижается самооценка, и они часто изолируются. Это, в свою очередь, ведет к появлению комплекса неполноценности, душевных страданий, самообвинению, отчаянию. Самый распространенный способ справиться с болью – остаться пассивным и не выходить из дома. Инвалиды начинают верить, что их трудности связаны с имеющимся недостатком, и становятся еще более пассивными. Прямое соприкосновение с людьми в обществе – трудный опыт для инвалидов, потому что в целом общество не осознает наличие инвалидов и их насущных потребностей. Таким образом, с одной стороны, проблема сосредотачивается на индивидууме. Люди, не являющиеся инвалидами, с другой стороны, остаются безразличными к проблеме инвалидности из-за изоляции инвалидов. Изоляция делает дискриминацию нормой.

Все участники опроса выразили мнение, что больницы совершенно не приспособлены для нахождения в них инвалидов для лечения. Узкие, неудобные кровати, пружины проваливаются, нет лифтов. Поэтому инвалидов поднимают на этажи на коляске. Узкие двери, невозможно проехать, туалет неприспособлен, из-за этого инвалидов забирают домой, чтобы сходили в туалет дома.

По поводу обращения к узким специалистам, большинство опрошенных отмечали проблему посещения врача-стоматолога, гинеколога, проктолога и хирурга. Здания и помещения не приспособлены для приема людей с особыми нуждами. В этих учреждениях отсутствует такая услуга, как выезд на дом.

Вследствие несвоевременного получения консультации или вмешательства вышеуказанных специалистов наблюдались нежелательные последствия.

Один из респондентов рассказал, что в областной больнице, куда он пришел сам и обратился с высокой температурой в лихорадочном состоянии, его долго не принимали. Лишь только после звонка по телефону доверия приняли. При этом, принимавшая врач все время говорила: «Куда ты с коляской? Она у тебя воняет, собьешь все углы, будешь мешать и загромождать проход»¹¹⁶.

¹¹⁶ Этот случай произошел в Областной больнице г. Каракол. Интервью Равенства, имя не называется по просьбе респондента, Иссык-Кульская область, 24 июня 2007 г.

Другой участник опроса рассказал, что у него болел зуб целую неделю, появился отек, начались гнойные процессы. Пришлось удалять зубы в машине¹¹⁷. Еще одному пациенту так и не удалось попасть к стоматологу, зубы испортились, и теперь он почти без зубов¹¹⁸. Третьи отмечали, что из-за того, что не смогли получить своевременное лечение у разных специалистов, развился геморрой, пролежни.

Один из пациентов обратился в частную стоматологическую клинику, они обслужили его на дому, только очень дорого. «Неоднократные и частые обращения явно не по карману инвалиду», – вздыхает он.

Еще один неприятный случай был описан во время приема врача-уролога. В связи с наличием у пациента цистеостомы часто возникает закупорка труб, инфицирование мочевых путей и почек, повышается давление. Врач, менявшая трубки, грубо кричала, что пациент воняет, а также воняет его коляска. Как утверждает пациент, ему вставили необработанную трубку, в результате чего больной имеет большие проблемы с почками. Пациент утверждает, что неприятный запах мочевины появляется только из-за того, что трубка закупоривается¹¹⁹.

Другая пациентка рассказала о халатном отношении врача. Однажды, на месте не оказалось ее лечащего врача. Другой врач, к которому она обратилась, даже не взглянув в ее сторону, дала какое-то лекарство. Выпив его, больная потеряла сознание. После этого, как она утверждает, возникло осложнение и появились эпилептические приступы. Возможно, приступы эпилепсии у больной были и ранее, но невнимательность, равнодушие врача привело к обострению заболевания¹²⁰.

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УЩЕМЛЕНИЕ ДОСТОИНСТВА ПАЦИЕНТОВ

В проведенном исследовании отдельный блок вопросов касался случаев вызова «скорой помощи»: насколько мобильно отреагировала данная служба на вызов или не отреагировала вообще, какая была оказана помощь, а если таковой не было, какие возникли последствия?

Из-за дискриминации со стороны работников скорой помощи и систематического недофинансирования программы скорой помощи правительством, люди с ограниченными возможностями не являются приоритетом. На их звонки о помощи часто реагируют медленно, или они вообще не получают никакой помощи, что может иметь серьезные отрицательные последствия для их здоровья. В ходе исследования обнаружилось, что работники службы скорой помощи иногда отказывались приехать на помощь к людям с ограниченными возможностями или грубо с ними обращались, если они вообще приезжали на их звонки.

¹¹⁷ Интервью ОО «Равенство» с С. (имя не называется по просьбе респондента), Иссык-Кульская область, г. Каракол, 24 июня 2007 г.

¹¹⁸ Интервью ОО «Равенство» с Рафиком (псевдоним), Иссык-Кульская область, г. Каракол, 27 июня 2007 г.

¹¹⁹ Интервью ОО «Равенство» с Уланом (псевдоним), Иссык-Кульская область, 23 июня 2007 г.

¹²⁰ Интервью ОО «Равенство» с Любובью (псевдоним), Иссык-Кульская область, 24 июня 2007 г.

«Однажды я после травмы позвоночника упал с коляски и получил перелом ноги, обратился в «скорую». «Скорая» приехала, отвезла в больницу, где пришлось целый час лежать в коридоре, никто не обращал на меня внимания, пока меня не увидела одна старая женщина и стала кричать: “Вы что делаете? Вы люди или нет? Он теряет сознание!”. Только тогда подошли врачи. Никакого лечения не было назначено. Врачи мне цинично сказали: “Ты все равно не ходишь, зачем тебе гипс, лежи и само срастется”. От такой жестокости и равнодушия врачей и оттого, что игнорируется и не соблюдается закон, я решил, что больше никогда, даже если буду умирать, не стану обращаться к врачам»¹²¹.

Сыймык (псевдоним), 43 года, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

Описанный случай подтверждает, что не все «люди в белых халатах» придерживаются Кодекса профессиональной этики медицинского работника Кыргызской Республики, раздел II которого говорит об уважении чести и достоинства пациента: «Медицинский работник должен уважать честь и достоинство пациента, проявлять внимательное и терпеливое отношение к нему и его близким»¹²².

«Я был вынужден дважды обратиться в «скорую помощь». В первый раз они повезли меня в больницу, так как был без сознания. А во второй раз, когда чувствовал себя плохо и вызвал на дом, «скорая» ответила, что я накручиваю себя, симулирую, и чтобы не беспокоил их. При этом посоветовали пить настойку боярышника. Были очень злы и грубы»¹²³.

Р., 43 года, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

Закон требует от медицинского работника оказания медицинской помощи в условиях минимально возможного стеснения свободы и достоинства пациента¹²⁴.

«Я проживаю в сельской местности, буквально в 3-х километрах от города. Почувствовав серьезные недомогания, обратился в «скорую», но они отказались приехать, потому что «дорога плохая и нет бензина». Пришлось мне самому добираться до больницы на такси (у меня тетрапарез). По дороге терял сознание, перенес сильные физические страдания»¹²⁵.

Бакыт (псевдоним), 34 года, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

Многие из опрошенных участников отметили, что стараются не обращаться в «скорую помощь», вынуждены обращаться только в самых необходимых случаях.

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ НА НАДЛЕЖАЩЕЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ

По данным проведенного исследования, из общего количества опрошенных респондентов 62,5 % являются инвалидами с приобретенной инвалидностью, а 37,5 % с врожденной инвалидностью.

¹²¹ Интервью ОО «Равенство» с Сыймыком (псевдоним), Иссык-Кульская область, Каракол, 23 июня 2007 г.

¹²² Статья 6 Кодекса профессиональной этики медицинского работника Кыргызской Республики, раздел II.

¹²³ Интервью ОО «Равенство» с Р. (имя не называется по просьбе респондента), Иссык-Кульская область, г. Каракол, июнь 2007 г.

¹²⁴ Статья 7 закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

¹²⁵ Интервью ОО «Равенство» с Бакытом (псевдоним), с. Отузуул, Аксуйский район, Иссык-Кульская область, июнь 2007 г.

50% опрошенных считают, что диагноз был поставлен верно, 25% участников исследования уверены в том, что диагноз был поставлен неверный, что привело к тяжелым последствиям.

Неверный диагноз может привести к неправильному или ненадлежащему лечению.

«В областной больнице, куда я обратился, врачи не сразу распознали перелом шейного отдела позвоночника, когда задыхался, лечили легкие. И только через три месяца в Бишкеке в отделении нейрохирургии поставили диагноз “перелом шейного отдела позвоночника”. Очень поздно сделали операцию, и в результате не работают ноги, плохо работают руки, в мочевом пузыре стоит стома. Врачи говорили, что это временное явление, и только через 6 лет сказали, что это навсегда, и лечение бесполезно»¹²⁶.

Улан (псевдоним), 32 года, инвалид I группы, Иссык-Кульская область

Вследствие этого молодой человек из описанного выше случая долго не мог свыкнуться с этой мыслью, затем впал в глубокую депрессию, начал пить алкоголь. Не может создать семью, считает свою жизнь разрушенной. Консультации психотерапевта не были предоставлены. Однажды, по ходатайству Союза Инвалидов Иссык-Кульской области «Равенство» через Министерство здравоохранения его положили в Отделение урологии Республиканской клинической больницы, где выписали очень дорогие лекарства. Врачи, надсмехаясь, говорили: «раз ты через Министерство поступил, то должен быть при деньгах, чтобы купить эти лекарства». Отношение было равнодушным и грубым. Лекарства он приобрести не смог и выписался через 4 дня, так и не получив необходимого лечения. Это стало для него еще одним потрясением, после чего он не хочет обращаться к врачам, так как все равно бесполезно, только нарываешься на грубость, унижение и равнодушие.

НЕОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

94 % людей с ограниченными возможностями из числа опрошенных не знают и никогда не слышали о существовании ИПР для инвалидов. А ведь формирование и корректировка ИПР осуществляется учреждениями МСЭК, причем вопрос о необходимости и целесообразности проведения реабилитационных мероприятий должен рассматриваться в обязательном порядке во всех случаях установления группы инвалидности при первичном или повторном освидетельствовании инвалида.

По закону, ИПР формируется в течение месяца после установления группы инвалидности. Организация же тщательной разъяснительной работы с инвалидом о целях, задачах, прогнозируемом результате, правах инвалидов на реабилитацию в процессе реализации ИПР возложена на органы МСЭК. Сотрудники Иссык-Кульского областного МСЭК сослались на якобы существующее служебное письмо из Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (МСЭиРИ) от 2002 года, которое исполнителям проекта так и не довелось

¹²⁶ Интервью ОО «Равенство» с Уланом (псевдоним), Иссык-Кульская область, г. Каракол, июнь 2007 г.

увидеть воочию, в котором дано указание составлять ИПР только инвалидам с III группой инвалидности, так как это рабочая группа. Можно предположить, что данные заявления сотрудников МСЭК беспочвенны.

Так, как отмечалось выше, на круглом столе «Индивидуальная программа реабилитации инвалидов и ее реализация», проведенным с целью выработки рекомендаций для дальнейшей полной реализации ИПР в г. Каракол, руководитель областной МСЭК Геннадий Кылычбаев высказал такое мнение: *«Что вы от нас хотите, пусть голова болит у тех, кто получает деньги за это»*¹²⁷. Когда были приведены статистические данные о том, что Иссык-Кульская область стоит на первом месте по инвалидности в Республике, то он также заявил: *«Это хорошо, что на первом месте, значит, мы хорошо работаем, и у нас хорошая выявляемость!»*

Отсутствуют, призванные функционировать в каждом областном управлении Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики, консультативно-методические координирующие центры реабилитации, занимающиеся выполнением рекомендаций по индивидуальной программе реабилитации инвалидов, тогда как в утвержденном постановлении ПКР № 583 говорится о наличии таковых.

В Государственной базовой программе интеграции и реабилитации инвалидов на 2004-2007 годы, разработанной в целях создания реальной возможности проведения мероприятий по индивидуальной программе реабилитации инвалидов и условий для выполнения государственных гарантий, предусмотренных Национальной программой государственной поддержки инвалидов, и утвержденном Плате мероприятий по ее исполнению, обозначены конкретные мероприятия, сроки и ответственные за исполнение Министерства, государственные комитеты, административные ведомства, государственные комиссии, местные государственные администрации и органы местного самоуправления. Вынуждены констатировать по результатам проведенного исследования, что меры по выполнению мероприятий Государственной базовой программы интеграции и реабилитации инвалидов продвигаются медленными темпами в сфере медицинской реабилитации и почти не наблюдается сдвигов в сфере социальной и профессиональной реабилитации.

¹²⁷ Круглый стол в г. Каракол, 28 августа 2007 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе полученных в результате исследования сведений можно сделать выводы об отсутствии надлежащего обеспечения интересов инвалидов с учетом их специфических нужд и содействующей интеграции в общество. Сделанные выводы можно конкретизировать по направлениям.

Несмотря на наличие программ для инвалидов, они не являются адресными и не учитывают индивидуальных потребностей инвалидов. При реализации программ не учтены особенности разных групп инвалидов (опорники, колясочники и т.д.), их места проживания, расположение центров реабилитации и адаптации. Утвержденные гарантии и программы не всегда обеспечены надлежащим финансированием, либо проблема заключается в отсутствии необходимых организационных мер.

Обследованные медицинские учреждения не адаптированы для приема пациентов-инвалидов. Ни одно лечебное учреждение не приспособлено для инвалидов-колясочников, имеющиеся в больницах условия не соответствуют получению лицами с ограниченными возможностями полноценной реабилитации.

При проектировании и принятии строительных объектов не учтены ограниченные физические возможности инвалидов, нет необходимой инфраструктуры. Здания не имеют удобного доступа, отсутствуют лифты, подъемные приспособления, туалеты не приспособлены для инвалидов, двери узкие. Данные потребности не включены в программы реконструкции, обеспеченные необходимыми средствами.

Не только публичные заведения, но и медицинские учреждения, призванные обеспечить потребности различных групп населения, не приспособлены для обслуживания пациентов-инвалидов. Кабинеты широкого круга специалистов (стоматолог, гинеколог, уролог, проктолог, акушер и др.) не оборудованы для приема инвалидов.

Проблемы инвалидов не замечаются обществом из-за изоляции данной группы, отсутствия специальных программ социализации и развития, а также ввиду преобладания медицинского подхода к инвалидности. Изоляция инвалидов – результат непригодности инфраструктуры, отсутствия программ оказания разносторонней поддержки инвалидов (медицинской, социальной, правовой) и исправления существующего положения.

Общественный транспорт полностью недоступен для инвалидов, в частности, не учитываются особые нужды инвалидов-колясочников. В связи с исчезновением государственного общественного транспорта инвалиды оказались лишены средств передвижения. Государство не стимулирует развитие частного транспорта с учетом установленных законами гарантий и потребностей инвалидов.

Открытие центров реабилитации и адаптации не приведено в соответствие с системой подготовки и переподготовки медицинских специалистов.

Инвалиды сталкиваются с отказом либо задержкой в обслуживании службой скорой медицинской помощи. При обслуживании инвалидов также отмечается грубость.

Отмечается слабая информированность людей с ограниченными возможностями о существовании ИПР для инвалидов – 94% опрошенных не знает и никогда не слышали о ее существовании. Эти данные свидетельствуют о том, что службы МСЭК не проводят надлежащим образом работу по разъяснению и формированию ИПР.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган власти должен обеспечить контроль соответствия публичных учреждений, в том числе лечебных учреждений, помещений органов власти, коммунальных служб и зданий производственных объектов, специфическим потребностям инвалидов на стадиях проектирования, строительства, а также при приемке готовых объектов.
2. Министерство здравоохранения должно обеспечить выполнение своих обязанностей медицинскими работниками при лечении инвалидов. Органы власти должны обеспечить подотчетность работников здравоохранения, нарушающих права пациентов.
3. Министерство здравоохранения и другие уполномоченные органы должны вести обучение общественности обжалованию нарушений прав пациентов и должны обеспечить проведение разбирательств по всем жалобам надлежащим для этого образом.
4. Правительство Кыргызской Республики должно развить соответствующую производственную и социальную инфраструктуру для интеграции лиц с ограниченными возможностями в общество.
5. Законы должны стимулировать привлечение инвалидов к труду, например посредством социального заказа или гибкой политики налогообложения. Это также относится к транспортной системе.
6. Правительство должно обеспечить приспособленность помещений, в которых проживают люди с ограниченными физическими возможностями, под их нужды. При существующих низких размерах пособий для инвалидов данная задача может быть решена только при внешней поддержке, которую должно обеспечить общество.
7. Правительство должно обеспечить финансовыми средствами специальную программу для исправления имеющихся недостатков объектов инфраструктуры и жилых помещений с учетом потребностей инвалидов. Реализацию данной программы необходимо связать с введением адресного подхода, при котором учитываются индивидуальные особенности и потребности каждого инвалида.
8. Необходимо организовать планирование объектов таким образом, чтобы инвалидам было доступно как самостоятельное посещение учреждений, так и проживание в доме без посторонней помощи. В связи с этим необходимо наладить механизм исполнения и контроля архитектурно-строительных нормативов, утвержденных законодательно.

9. Для каждого публичного учреждения необходимо разработать план реконструкции, обеспечивающего прием лиц с ограниченными возможностями. Данный план может быть включен в упомянутую ранее адресную программу по выравниванию возможностей и предусматривать поэтапную реализацию.
10. Министерство здравоохранения и другие уполномоченные органы должны обеспечить, чтобы медицинские учреждения и социальные объекты, играющие важную роль в обеспечении потребностей инвалидов, были включены в программы коррективки с учетом потребностей инвалидов.
11. Транспортная система и ее средства также должны быть адаптированы для инвалидов. Вопрос создания условий для свободного доступа и обеспечение пользованием лицами с ограниченными возможностями требует особого внимания. Существующие средства транспортировки, средства связи и информации, а также объекты социальной инфраструктуры должны быть приведены в соответствие под использование инвалидами. Когда указанные объекты не могут быть приспособлены для доступа инвалидов, соответствующие предприятия, учреждения и организации должны разработать и осуществить необходимые меры для удовлетворения минимальных потребностей инвалидов.
12. Тротуары, перекрестки и другие уличные объекты должны быть «дружелюбны» к людям с ограниченными физическими возможностями. Необходимы технические усовершенствования, которые могли бы обеспечить передвижение инвалидов с ограниченной мобильностью и на колясках, а также беспрепятственный доступ в помещения.
13. Реализацию программ, направленных на поддержку инвалидов, необходимо дополнить информационной составляющей при финансовом обеспечении Правительства. Информирование должно охватывать общественность, инвалидов, а также ответственных сотрудников, призванных обеспечить предоставление соответствующих гарантий в отношении инвалидов. Информирование общественности должно формировать общественное мнение для понимания проблем инвалидности и восприятия инвалидов, как равноправной части общества. Инвалиды, являющиеся получателями услуг и гарантий, должны быть уведомлены о существующих гарантиях и программах. Ответственные работники медицинских учреждений, органов власти, коммунальных служб, транспортных компаний и т.д. должны чувствовать свою причастность и ответственность за реализацию соответствующих гарантий в отношении лиц с ограниченными возможностями.
14. Правительство должно обеспечить, чтобы работники прошли подготовку для понимания проблем инвалидности.
15. Для повышения ответственности за исполнение гарантий, предусмотренных в отношении инвалидов, необходимо открытие правового центра для защиты прав и интересов инвалидов, в том числе с предоставлением услуги «горячая линия».
16. В рамках открытия реабилитационно-восстановительных центров для инвалидов необходимо обеспечить их оснащение с учетом поставленных задач,

а также изучить вопрос наличия кабинета лечебной физической культуры (ЛФК). Необходимо рассмотреть вопрос включения врача-реабилитолога в штат центров семейной медицины.

17. Необходимо привести в соответствие законодательно-нормативную базу по ИПР в части медицинской реабилитации. Необходимо разработать должностные инструкции для врача-реабилитолога. Необходимо организовать обучение и курсы повышения квалификации для врачей-реабилитологов. В качестве мер, корректирующих отсутствие доступа инвалидов к специалистам, желательно предусмотреть выездные осмотры инвалидов врачами из национальных клиник.
18. Для поддержки детей-инвалидов необходимо внедрять инклюзивное обучение.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Мы благодарны всем тем, кто оказал помощь в проведении данного мониторинга – нашим респондентам, международным организациям и волонтерам.

Хотим выразить признательность Инициативе «Закон и здоровье» программы «Общественное здравоохранение» Института «Открытое общество», Фонду «Сорос-Кыргызстан» и лично бывшему исполнительному директору Медету Тюлегову и координатору проекта Айсулу Болотбаевой, Хельсинкскому фонду по правам человека (Варшава), а также Акейше Шилдс – консультанту Института «Открытое общество» и Фонда «Сорос-Кыргызстан».

Особую благодарность мы выражаем нашим респондентам-инвалидам за участие в анкетном опросе.

Благодарим сотрудников и волонтеров ОО Союза инвалидов Иссык-Кульской области «Равенство» за участие в проведении исследования – Рината Джаналиева, Нургуль Ишенбекову, Гульнару Халикову, Динару Мырзаеву.

Также выражаем благодарность сотруднику ОО Центр гражданских инициатив «Лидер» Айнуре Кабыловой за оказание юридических консультаций.

