



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Краткий аналитический обзор: системы здравоохранения, инклюзивные по отношению к людям с инвалидностью



Аннотация

Здравоохранение, инклюзивное по отношению к людям с инвалидностью, – это весьма важный вопрос. В Европе проживают 135 миллионов людей с ограниченными возможностями здоровья. Людям с инвалидностью в среднем свойственны более значительные потребности в медицинской помощи по сравнению с общим населением, и при этом они испытывают многочисленные трудности в доступе к услугам здравоохранения. В результате у инвалидов показатели здоровья в среднем хуже, в частности, показатели смертности по всем возрастным группам в 2–3 раза выше, чем в общей популяции. Существуют директивные положения и законы в поддержку права инвалидов на медицинскую помощь, но они нередко не внедрены в повседневную практику. Цель настоящего краткого аналитического обзора – послужить практичным источником полезной информации и представить подход, который может быть использован для привлечения внимания министерств здравоохранения к теме здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью.

Номер документа WHO/EURO:2021-4367-44130-63868

© Всемирная организация здравоохранения, 2022 г.

Некоторые права защищены. Настоящий документ опубликован на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов материала допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе данного документа на другой язык следует поместить заявление об ограничении ответственности со следующим текстом: «Данный перевод не был выполнен силами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке: Policy brief on disability-inclusive health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки. Краткий аналитический обзор: системы здравоохранения, инклюзивные по отношению к людям с инвалидностью. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы. Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Все фото: ©ВОЗ.








Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Краткий аналитический обзор: системы здравоохранения, инклюзивные по отношению к людям с инвалидностью



Содержание

	Выражение благодарности	vi
	Сокращения	vi
	Общий обзор и задачи	1
	Основные черты систем здравоохранения, инклюзивных по отношению к людям с инвалидностью	3
	Что такое инвалидность?	3
	Почему люди с инвалидностью в большей степени нуждаются в медицинской помощи?	4
	Каковы медицинские потребности людей с инвалидностью?	6
	С какими проблемами сталкиваются люди с инвалидностью при получении доступа к медицинским услугам?	7
	Каковы последствия для здоровья людей с инвалидностью?	8
	Контекст международной политики по вопросам обеспечения инклюзивности в сфере здравоохранения	10
	Обзор системы здравоохранения: рамочная основа для здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью	12
	Стратегическое управление	13
	Лидерство	16
	Финансирование здравоохранения	17
	Информация и фактические данные	18
	Автономия и осведомленность	21
	Ценовая доступность	22
	Кадровые ресурсы	23
	Медицинские учреждения	24
	Реабилитационные и специализированные услуги	26
	Резюме	28
	Библиография	30

Выражение благодарности

Авторы настоящего краткого аналитического обзора: Satish Mishra, Отделение по вопросам кадров и услуг здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ; Hannah Kuper и Phyllis Heydt, Инициатива «Упущенный миллиард».

Европейское региональное бюро ВОЗ с признательностью отмечает ценный технический вклад в подготовку данного документа, внесенный представителями министерств здравоохранения и Европейского форума по проблемам инвалидности, а также ведущими научными экспертами. Техническая поддержка также была предоставлена специалистами Отдела страновых стратегий и систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Сокращения

ВОУЗ	всеобщий охват услугами здравоохранения
ЕПР	Европейская программа работы на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья»
ЕС	Европейский союз
КПИ ООН	Конвенция ООН о правах инвалидов
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
HLDF	Форум высокого уровня по проблемам инвалидности (High-level disability forum)
NCPPD	Национальная клиническая программа для людей с инвалидностью (National Clinical Programme for People with Disability, Ирландия)
PHCPI	Инициатива по оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи (Primary Health Care Performance Initiative)



Общий обзор и задачи

Настоящий краткий аналитический обзор о системах здравоохранения, инклюзивных по отношению к людям с инвалидностью, составлен сотрудниками Отделения кадров и услуг здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ в сотрудничестве с Инициативой «Упущенный миллиард» (1) в целях более активного вовлечения в данную тематику министерств здравоохранения и других заинтересованных сторон в Европейском регионе ВОЗ. В основу работы над обзором легли следующие процессы: обзор имеющихся документов по существующим системам здравоохранения, а также литературы по вопросам инвалидности и здоровья и проводимой политики в области здравоохранения, касающейся инвалидности; консультации с ключевыми информантами (представителями министерств здравоохранения трех европейских стран, Европейского форума по проблемам инвалидности и ведущими учеными); внутренний обзор конкретных программ Европейского регионального бюро ВОЗ.

Здравоохранение, инклюзивное по отношению к людям с инвалидностью, – это весьма важный вопрос. В Европе проживают 135 миллионов людей с ограниченными возможностями здоровья (2).

Людям с инвалидностью в среднем свойственны более значительные потребности в медицинской помощи по сравнению с общим населением, и при этом они испытывают многочисленные трудности в доступе к услугам здравоохранения (3, 4). В результате у инвалидов показатели здоровья в среднем хуже: показатели смертности по всем возрастным группам в два-три раза выше, чем в общей популяции. Существуют директивные положения и законы в поддержку права инвалидов на медицинскую помощь, в том числе Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (КПИ ООН) (5), но они нередко не внедрены в повседневную практику. Иными словами, люди с инвалидностью в Европе и за ее пределами по-прежнему не могут реализовать свое право на здоровье. Полноценное удовлетворение медико-санитарных потребностей людей с инвалидностью имеет центральное значение для прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ), что является одной из ключевых задач Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития (ЦУР) (6).

Признавая важность данного вопроса, Всемирная ассамблея здравоохранения приняла в 2021 г. резолюцию, которая содержит ряд мер, направленных на защиту здоровья людей с инвалидностью. Основное предназначение резолюции – сделать сектор здравоохранения более инклюзивным за счет устранения серьезных препятствий, с которыми нередко сталкиваются инвалиды при попытке получить доступ к медицинским услугам.

Цель настоящего краткого аналитического обзора – послужить практичным источником полезной информации и представить подход, который может быть использован для привлечения внимания профильных министерств к теме здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью.

Конкретные задачи:

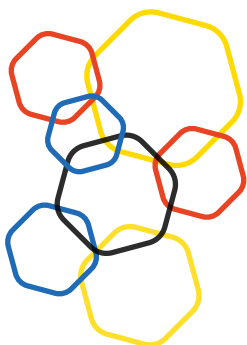
- способствовать продвижению базового понимания важности систем здравоохранения, инклюзивных по отношению к людям с инвалидностью;
- описать контекст политики стран Европейского региона в области здравоохранения, учитывающей потребности инвалидов;
- представить рамочную основу систем здравоохранения, обеспечивающую учет ключевых проблем и содержащую рекомендации по возможным действиям, включая передовой опыт европейских стран;
- кратко изложить основные практические последующие шаги на пути развития здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью.



Основные черты систем здравоохранения, инклюзивных по отношению к людям с инвалидностью

Что такое инвалидность?

В КПИ ООН (5) дано следующее определение¹:



К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

В мире насчитывается не менее одного миллиарда человек, имеющих какую-либо форму стойкого ограничения возможностей функционирования, что составляет 15% населения мира (3). Из каждых 100 жителей Европы от шести до десяти – в общей сложности примерно 135 миллионов – люди с инвалидностью (2). Это число будет неизбежно увеличиваться в результате старения населения и роста распространенности неинфекционных заболеваний и травм.

В конечном счете почти каждый человек на протяжении жизни с большой вероятностью сталкивается с той или иной формой снижения функциональных возможностей – временной или постоянной. Люди с инвалидностью представляют собой чрезвычайно разнообразную группу, которая включает лиц разной гендерной принадлежности, возраста, с различными типами и степенью выраженности функциональных отклонений и находящихся в различных средовых условиях, которые влияют на их жизнь. Инвалиды нередко исключены из многих видов деятельности (например, таких как получение образования, трудовая занятость и участие в общественной жизни), и по этой причине уровень их материальной обеспеченности в среднем ниже, чем среди населения в целом (3).

¹ В зависимости от конкретных задач применяются различные методы оценки степени инвалидности. Например, при проведении опросных исследований и переписей населения нередко пользуются Краткой анкетой Вашингтонской группы, заполняя которую, респонденты сообщают о наличии у себя ограничений по шести функциональным областям: мобильность, слух, зрение, самообслуживание, коммуникация и когнитивные функции. Экспертиза инвалидности на предмет назначения пенсии или иных льгот часто носит более комплексный характер и осуществляется с использованием медицинских критериев. В различных странах Европейского региона ВОЗ эти процессы проводятся по-разному.

Почему люди с инвалидностью в большей степени нуждаются в медицинской помощи?

Несомненно, люди с инвалидностью могут быть во многих отношениях практически здоровыми, но по ряду причин, в среднем, у них будут худшие показатели здоровья, чем у людей без инвалидности (3, 4) (табл. 1).

Инвалиды подвергаются более высокому риску ухудшения здоровья (табл. 1). По определению, любая инвалидность обусловлена заболеванием или стойким дефектом, и это может приводить к дальнейшим нарушениям здоровья. Например, человек может потерять зрение в результате диабетической ретинопатии, диабет может приводить к инсульту или раку, а человек, прикованный к креслу-коляске, подвержен повышенному риску пролежней и респираторных заболеваний. Инвалиды в среднем принадлежат к старшим возрастным группам, и среди них больше людей, живущих в бедности (3), – каждый из этих двух факторов является важным детерминантом здоровья (7). Люди с инвалидностью, в том числе живущие в Европе, также в большей степени подвержены факторам риска ухудшения здоровья, таким как курение, избыточный вес и артериальная гипертензия.



Таблица 1. Примеры факторов избыточного риска, неудовлетворительного предоставления услуг и конечных показателей здоровья людей с инвалидностью в Европейском регионе ВОЗ

Факторы повышенного риска нарушений здоровья	Ограниченное предоставление услуг	Плохие показатели здоровья
Курение (Бельгия (8), Ирландия (9), Соединенное Королевство (10))	Более высокие или неудовлетворенные потребности в области здравоохранения (Ирландия (9), Соединенное Королевство (11))	Более высокие показатели общей смертности (Испания (12), Соединенное Королевство (13, 14), Финляндия (15), Швеция (16))
Низкая физическая активность (Испания (17))	Более низкий охват скринингом на рак (Бельгия (18), Соединенное Королевство (19), Франция(20))	Более высокие показатели смертности от конкретных причин (например, от гриппа в Нидерландах (21), от ишемической болезни сердца в Соединенном Королевстве (22) и от рака в Швеции (23))
Высокое артериальное давление (Испания (24), Польша (25), Швеция (26))	Более низкое качество стоматологической помощи (в масштабе Европы (27))	Более высокая распространенность хронических заболеваний (Ирландия (9), Испания (28))
Ожирение (в масштабе Европы (29))	Пробелы в постинсультной реабилитации (в различных государствах-членах Европейского союза (ЕС) (30))	Более высокая распространенность диабета (Ирландия (9), Испания (28)), Швеция (26))
Низкое качество питания (Ирландия (31))	Низкое качество услуг охраны материнского здоровья (Австрия (32), Соединенное Королевство (Англия) (33))	Повышенный риск онкологических заболеваний (Ирландия (9), Испания (28)), Швеция (22))
Употребление алкоголя / психоактивных веществ (Бельгия (10))	Недостаточный уровень знаний среди медицинских работников по проблемам ограниченных интеллектуальных возможностей (различные страны Европы (34))	Повышенный риск ишемической болезни сердца (Испания (28), Соединенное Королевство (23))
Насилие (Дания (35), Соединенное Королевство (36))	Пониженное качество онкологической помощи (Германия (37, 38))	Ухудшенные показатели сексуального здоровья (Соединенное Королевство(36))
Бедность (страны ЕС (39)) и нуждаемость (32 европейские страны (40))	Отсутствие физической доступности услуг (31 страна, в основном в Европе (41))	Высокая распространенность психологического дистресса (девять стран бывшего СССР (42))

Люди с инвалидностью часто сталкиваются с проблемами доступа к медицинскому обслуживанию (например, из-за дискриминации, непригодности транспорта или входов в здания, а также из-за отсутствия навыков у медицинских работников), а кроме того, нередко вынуждены оплачивать услуги из собственного кармана. В результате они не получают своевременную профилактическую или лечебную помощь, что может увеличивать их медицинские потребности в будущем. Многим людям с инвалидностью показаны услуги реабилитации, которые могут существенно улучшить их физическое, сенсорное, интеллектуальное, психологическое и социальное функционирование. В Европейском регионе ВОЗ, по оценкам, значение статистического популяционного показателя «число лет, прожитых с инвалидностью», на 78% обусловлено состояниями, которые поддаются реабилитации (43).

Показатели здоровья людей с инвалидностью в среднем хуже в результате более выраженных факторов риска и ограниченного предоставления услуг (табл. 1). Инвалиды составляют значительную долю пользователей медицинских услуг. По данным исследования, проведенного в Дании, люди с инвалидностью составили половину (51%) от общего числа пожилых людей (65 лет и старше), обратившихся в отделения неотложной помощи (44), а в Германии каждая пятая женщина с раком молочной железы до заболевания страдала от той или иной формы стойкого нарушения соматических функций (37). Улучшение доступа к медицинскому обслуживанию для людей с инвалидностью в конечном счете улучшит доступ для всех.

Каковы медицинские потребности людей с инвалидностью?

Потребности инвалидов в услугах медицинской помощи разделяются на следующие три широкие категории, выраженность которых может быть различной:

1. дополнительные услуги общего медицинского обслуживания из-за более высокого риска ухудшения здоровья и ограниченных мер профилактики и контроля заболеваний;
2. плановые медицинские услуги, в том числе профилактические (такие как вакцинация), направленные на поддержание и укрепление здоровья (целевое информирование и просвещение), а также лечебные вмешательства (неотложная помощь и лечение неинфекционных заболеваний);
3. реабилитационные и специализированные услуги в связи с имеющимися функциональными нарушениями (например, офтальмологическая помощь).

Таким образом, в контексте реализации своих фундаментальных прав инвалиды нуждаются в инклюзивном общем медицинском обслуживании и, потенциально, в реабилитации. Как показано на рисунке 1, эти потребности пересекаются, но должны рассматриваться по отдельности.

Рисунок 1. Пересечение сфер реабилитации, инклюзивного здравоохранения и прав инвалидов



Реабилитация – это стратегия здравоохранения, направленная на оптимизацию функционирования. Реабилитация включает применение ассистивных технологий. Реабилитация показана многим людям с инвалидностью.

Цель здравоохранения, инклюзивного по отношению к инвалидам, – обеспечить в равной мере справедливый доступ к услугам медицинской помощи вне зависимости от наличия у человека инвалидности. Реабилитация – это один из стратегических аспектов охраны здоровья, поэтому к реабилитации в полной мере применимы принципы инклюзивного здравоохранения.

Движение за права инвалидов – это комплекс глобальных усилий, направленных на обеспечение равных возможностей и равных прав для всех инвалидов. КПИ ООН охватывает многие права, в том числе на здоровье (статья 25), а также на реабилитацию и реабилитацию (статья 26).

С какими проблемами сталкиваются люди с инвалидностью при получении доступа к медицинским услугам?

Инвалиды сталкиваются с целым рядом проблем в доступе к медицинской помощи (3, 4), включая следующие:

- **финансовые издержки** – люди с инвалидностью порой лишены возможности приобрести лекарства или получить нужные услуги вследствие слишком высокой цены, или им приходится платить больше из собственного кармана (например, за использование транспортных средств, специально оборудованных с учетом их потребностей, или за услуги помощников);
- **предвзятое отношение** – медицинским работникам могут быть свойственны предубеждения относительно инвалидности из-за отсутствия соответствующей подготовки, или медицинским потребностям людей с инвалидностью не придают приоритетного значения в семьях;
- **юридические ограничения** – инвалидам может быть отказано в праве выбора метода лечения или в юридическом праве принимать решения о вариантах предоставляемого ухода;
- **физическая доступность** – медицинские учреждения, оборудование и транспортные средства не всегда приспособлены для доступа людей с физическими недостатками;
- **информационная доступность** – не всегда доступны информация и онлайн-сервисы (например, отсутствие текстов для слабовидящих, сурдоперевода или указателей, выполненных шрифтом Брайля, цифровых сервисов с субтитрами или сурдопереводом, а также невозможность использования веб-сайтов и онлайн-систем записи на прием);

- **наличие услуг** – часто отмечаются пробелы в предоставлении специализированных услуг; там, где они имеются, люди с инвалидностью могут столкнуться с длительным временем ожидания и оказанием помощи в неполном объеме.

Вышеперечисленные препятствия нередко обусловлены ограничениями на уровне систем здравоохранения (3, 4), включая следующие:

- **стратегическое управление** – законы, проводимая политика и национальные планы в защиту прав людей с инвалидностью отсутствуют или не контролируются и на практике не работают (45);
- **лидерство** – отсутствие специальных функций и обязанностей на национальном и местном уровнях в секторе здравоохранения (например, таких как наличие подразделения или должностного лица, отвечающего за вопросы инвалидности, представительство людей с инвалидностью в национальных координационных органах и полноценный учет мнений инвалидов);
- **финансирование здравоохранения** – недостаточное финансирование (например, конкретных видов услуг, таких как ассистивные технологии, и отсутствие механизмов для решения проблем ценовой доступности);
- **фактические данные** – отсутствие дезагрегированных рутинных и оперативных данных здравоохранения.

Каковы последствия для здоровья людей с инвалидностью?

Люди с инвалидностью, живущие в Европейском регионе ВОЗ, сталкиваются с серьезными проблемами в доступе к медицинской помощи в результате вышеописанных ограничений систем здравоохранения, что оказывает разрушающее воздействие на их физическое и психологическое благополучие (табл. 1).

В контексте пандемии COVID-19 в Регионе также явно отмечается высокая уязвимость и более неблагоприятные исходы для инвалидов (вставка 1).

Вставка 1. COVID-19 и люди с инвалидностью

По оценкам Управления национальной статистики Англии и Уэльса (Соединенное Королевство), инвалиды составляли 16% населения, но при этом на их долю приходилось 59% смертности от COVID-19 в период с марта по июль 2020 г. (46). Более высокий риск смертности от COVID-19 для людей с инвалидностью в Соединенном Королевстве был также подтвержден клиническими данными (47).

Люди с инвалидностью в Европейском регионе испытывают и другие негативные последствия для здоровья в результате COVID-19. По сообщениям ВОЗ, в глобальном масштабе услуги реабилитации были нарушены почти в двух третях (63%) стран (48). Опрос, проведенный в апреле 2020 г. в 35 европейских странах, показал, что по причине COVID-19 ежедневно 1,3–2,2 миллиона инвалидов получают отказ в предоставлении услуг реабилитации (49). В Соединенном Королевстве в условиях пандемии людям с ограниченными интеллектуальными возможностями стали чаще назначать психотропные препараты для контроля негативных психических последствий, в том числе связанных с сокращением доступа к реабилитации; у них также участились расстройства психического здоровья (50).

Пандемия COVID-19 сама по себе может привести к росту числа инвалидов и к увеличению спроса на реабилитационные услуги. Новые данные показывают, что примерно каждый десятый человек, заразившийся вирусом, через 12 недель после начала заболевания все еще испытывает такие нарушения, как боль, общая слабость и когнитивная дисфункция (51). Многим из них показаны реабилитационные вмешательства, направленные на облегчение симптоматики и восстановление функций.

Значительную долю преждевременной смертности среди людей с инвалидностью потенциально можно предотвратить путем улучшения доступа к услугам медицинской помощи. Так, в Соединенном Королевстве конфиденциальное расследование случаев преждевременной смерти людей с ограниченными интеллектуальными возможностями показало, что мужчины с таким видом инвалидности умирали в среднем на 13 лет, а женщины – на 20 лет раньше, чем их сверстники без инвалидности (52). При наличии качественной медицинской помощи 37% таких смертей можно было бы предотвратить.

В более широком плане, исследования, проведенные в Соединенном Королевстве (Англия), неоднократно демонстрировали повышенный риск смертности среди людей с инвалидностью, который не полностью объясняется демографическими, социально-экономическими и поведенческими факторами риска (12, 13). Улучшение доступа к медицинскому обслуживанию для людей с инвалидностью не только может улучшить исходы, но позволит сэкономить ресурсы. Исследование, проведенное в Соединенном Королевстве, показало, что реабилитация людей с комплексной неврологической инвалидностью позволила существенно сократить текущие расходы на лечение, особенно для пациентов с высокой степенью зависимости от внешней поддержки (53), и аналогичные результаты были получены в Ирландии для людей с травмой головного мозга (54).

Вышеописанные пробелы в области здравоохранения, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью, имеют большое значение, поскольку они влекут за собой следующие негативные последствия:

- снижение возможностей для достижения глобальных целей в области здравоохранения, включая ЦУР 3;
- несоблюдение норм международного права и нарушение положений КПИ ООН;
- дополнительные расходы для систем здравоохранения (53);
- трудности в достижении других ЦУР, поскольку состояние здоровья влияет на такие области, как образование и занятость;
- ухудшение здоровья и снижение качества жизни людей.

Следовательно, необходимо адаптировать системы здравоохранения в целях более полного удовлетворения потребностей и реализации прав людей с инвалидностью.



Контекст международной политики по вопросам обеспечения инклюзивности в сфере здравоохранения

Неравенства в отношении здоровья можно сократить за счет повышения инклюзивности систем здравоохранения на всех уровнях. Контекст законодательства и международной политики по вопросам здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью, описан в следующих семи важных документах (табл. 2).

Таблица 2. Контекст законодательства и международной политики по вопросам здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью

Документ	Краткое описание
КПИ ООН (5)	В статье 25 изложены основные принципы обеспечения здравоохранения, инклюзивного в отношении инвалидов. В частности, в ней констатируется, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Статья 26 подтверждает право на реабилитацию и доступ к ассистивным технологиям. Среди других статей можно отметить статью 5 (Равенство и недискриминация), статью 9 (Доступность), статью 12 (Равенство перед законом) и статью 14 (Свобода и личная неприкосновенность).
ЦУР (6)	ЦУР 3 направлена на «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» (шрифтовое выделение добавлено), что, несомненно, относится и к людям с инвалидностью. Кроме того, в рамках этой цели поставлена задача достижения ВОУЗ, то есть доступа всего населения к полному спектру необходимых качественных медицинских услуг (включая реабилитацию) без финансовых рисков.
Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. (55)	В данный проект плана действий включены три важнейшие задачи: устранить препятствия и улучшить доступ к службам и программам здравоохранения; укрепить и расширить использование услуг по реабилитации, абилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, а также реабилитации на уровне местного сообщества; укрепить механизмы сбора данных.
Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA74.8	Данная резолюция, озаглавленная «Наивысший достижимый уровень здоровья для людей с инвалидностью», была принята на семьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2021 г., и в ней определены следующие приоритеты: обеспечение доступа к медицинской помощи; защита во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения; доступ к услугам в сфере общественного здравоохранения; сбор данных по вопросам инвалидности.
Европейская стратегия Европейской комиссии в области инвалидности на 2021–2030 гг. (56)	В стратегии предусмотрено обеспечение равного доступа к медицинскому обслуживанию в качестве области для действий и признается, что люди с инвалидностью сталкиваются с проблемами в доступе к медицинским услугам, несмотря на их право на равный доступ. Комиссия берет на себя обязательства содействовать обмену передовой практикой и устранять неравенства в области оказания онкологической помощи инвалидам. Стратегия содержит призыв к государствам-членам «улучшить доступ инвалидов ко всему спектру услуг медицинской помощи» и повысить осведомленность о потребностях пациентов с инвалидностью, страдающих редкими болезнями.

Политическая декларация заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения (57)	Принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в октябре 2019 г. декларация включает требование «расширять доступ всех людей с инвалидностью к медико-санитарным услугам, устранять физические, психологические, социальные, структурные и финансовые барьеры, обеспечивать соблюдение стандартов качества медицинской помощи и активизировать усилия по расширению прав и возможностей таких людей и их интеграции, учитывая, что люди с инвалидностью, составляющие 15 процентов населения мира, по-прежнему не всегда могут удовлетворить свои потребности в плане охраны здоровья».
Европейская программа работы ВОЗ на 2020–2025 гг.: совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы (58)	Фундаментальные принципы программы – никого не оставить без внимания и обеспечить всемерный учет потребностей уязвимых групп. Защита прав людей с инвалидностью на равный доступ к необходимым медицинским услугам четко отражена в трех следующих приоритетах программы: достижение ВОУЗ (так чтобы каждый мог пользоваться качественными медицинскими услугами, в которых он нуждается, без финансовых трудностей); защита при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения; укрепление здоровья и повышения уровня благополучия.

Общим для всех этих директивных документов является стремление улучшить доступ к медицинскому обслуживанию для людей с инвалидностью на основе двустороннего подхода, который включает следующие элементы:

- **приоритетное внимание к нуждам инвалидов** – гарантированное предоставление людям с инвалидностью беспрепятственного доступа к услугам и программам (таким как охрана сексуального здоровья, профилактические медицинские обследования и вакцинация детей) наравне с другими категориями населения, например путем обеспечения перевода на язык жестов и доступной упаковки лекарств;
- **целевые программы** – удовлетворение специальных потребностей людей с инвалидностью (например, предоставление кресел-колясок) путем организации дополнительного обслуживания.

Эти стратегии и рекомендации служат ориентиром, на основе которого можно создать основу для системы здравоохранения, инклюзивной по отношению к людям с инвалидностью.



Обзор системы здравоохранения: рамочная основа для здравоохранения, инклюзивного по отношению к людям с инвалидностью

Была разработана и апробирована в пилотном проекте рамочная основа, базирующаяся на шести структурных элементах системы здравоохранения ВОЗ (59) и дополняющая показатели Инициативы по повышению эффективности первичной медико-санитарной помощи (PHSPI) (60). Показатели деятельности системы и национальные планы здравоохранения могут быть пересмотрены в соответствии с этой основой для определения областей для повышения уровня интеграции инвалидов (рис. 2). Рамочная основа для проведения обзора может быть использована министерствами здравоохранения и другими государственными директивными органами для принятия мер в три основных этапа.

- **Узнать:** использование элементов системы здравоохранения для анализа текущей ситуации.
- **Согласовать:** консультации с инвалидами и техническими экспертами.
- **Внести изменения:** определить несколько практических мер, установив их приоритетность, разработать план, включая бюджет, и начать реализацию.

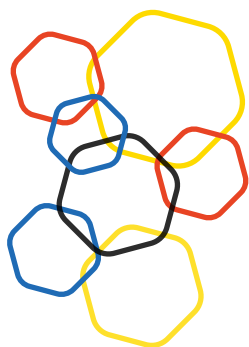
Рисунок 2. Рамочная основа системы здравоохранения



Источник: Kuper and Heydt (4).

По каждому из компонентов, обозначенных в столбцах «Система» и «Предоставление услуг», дают описание следующих аспектов:

- общая задача («необходимо добиться») и некоторый контекст;
- отправная точка для обзора («какие вопросы целесообразно поставить») с указанием областей для действий;
- примеры передовой практики из Европейского регионального бюро ВОЗ.



Ничего для нас без нас! Люди с инвалидностью лучше всех других понимают свои потребности в медицинской помощи, а также приемлемость и осуществимость различных решений. Поэтому крайне важно обеспечить их участие на протяжении всего процесса обзора.

Стратегическое управление

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить, чтобы после ратификации международных нормативных актов разрабатывались и принимались соответствующие национальные законы и правила, защищающие право людей с инвалидностью на медицинское обслуживание и запрещающие дискриминацию по признаку инвалидности. Для обеспечения соблюдения этого права необходимо создать механизмы стратегического управления, в частности обеспечивающие прозрачность и подотчетность.

Контекст: международные нормативные акты, включая КПИ ООН (статьи 25 и 26) (5), предусматривают право людей с инвалидностью на медицинское обслуживание. В политической декларации заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения также подчеркивается, что системы здравоохранения должны обеспечивать инклюзивность по отношению к людям с инвалидностью (57). Декларация призывает страны принимать законы и политику, которые устанавливают обязанность по предоставлению реалистичных возможностей доступа (45) и запрещают дискриминацию в доступе к медицинскому обслуживанию для людей с инвалидностью (например, за счет ухудшенных условий медицинского страхования). Эти законы и политика должны быть внедрены и, по мере необходимости, усовершенствованы и расширены. Практические планы и стратегии министерств здравоохранения или других национальных учреждений также должны разрабатываться в консультации с соответствующими заинтересованными сторонами и предоставляться общественности в понятных форматах для обеспечения полной подотчетности. Это позволяет оценить, в какой мере системы здравоохранения отвечают требованиям законов и положениям принятой политики в соответствии с установленными механизмами подотчетности.



Отправная точка для обзора и действий

- Ратифицировала ли страна КПИ? Когда был подготовлен последний отчет по выполнению положений КПИ? Предоставила ли ассоциация инвалидов соответствующие альтернативные отчеты, касающиеся вопросов здоровья?
- Существует ли национальный закон о правах людей с инвалидностью?
- Запрещает ли национальное законодательство дискриминацию по отношению к людям с инвалидностью (например, по вопросам медицинского страхования, услуг в связи с COVID-19, отсутствия требований в отношении информированного согласия и возможностей для принятия решений при поддержке)?
- Предусматривает ли национальное законодательство обязанность обеспечивать разумные возможности доступа для людей с инвалидностью в условиях оказания медицинской помощи?
- Уделяет ли национальная политика в области здравоохранения особое внимание людям с инвалидностью?
- Учитывает ли национальный план/стратегия в области здравоохранения для достижения ВОУЗ наличие особых барьеров для доступа людей с инвалидностью?
- Проводились ли консультации с инвалидами и/или их представителями при разработке каких-либо элементов национального плана/стратегии в области здравоохранения?
- Находится ли национальный план/стратегия в области здравоохранения в открытом доступе для общественности?
- Существует ли механизм подотчетности для гарантированного принятия мер, направленных на обеспечение инклюзивности медицинской помощи по отношению к людям с инвалидностью, включая доступный механизм подачи жалоб?

- Существуют ли механизмы отчетности/информирования об осуществлении законодательства/политики, качестве и эффективности медицинской помощи, а также об опыте людей с инвалидностью?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

В качестве примера механизма подотчетности в Соединенном Королевстве в 2008 г. было проведено независимое расследование по вопросам доступа к медицинскому обслуживанию для людей с ограниченной обучаемостью. Было выявлено, что такие люди имеют более высокий уровень неудовлетворенных потребностей и получают менее эффективную медицинскую помощь, чем население в целом. Последующее конфиденциальное расследование, проведенное в 2013 г., показало, что предотвратимая смертность людей с данным видом инвалидности была связана с качеством медицинской помощи и предоставления услуг (52). Для исправления ситуации было рекомендовано провести анализ смертности, регулярно собирать данные о смертности и создать национальный наблюдательный совет для людей с трудностями в обучении, и все рекомендации были выполнены.

Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с Европейским форумом по проблемам инвалидности предприняло шаги по обеспечению инклюзивности Европейской программы работы ВОЗ на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья» (ОПР) по отношению к людям с инвалидностью. Защита прав людей с инвалидностью на равный доступ к необходимым медицинским услугам четко отражена в трех основных приоритетах ОПР: касающихся ВОУЗ (так чтобы каждый мог пользоваться качественными медицинскими услугами, в которых он нуждается, без финансовых трудностей), защиты при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, а также укрепления здоровья и повышения благополучия (61).

Другой пример: в октябре 2019 г. в Душанбе, Таджикистан, был проведен форум высокого уровня по вопросам инвалидности (HLDF) с участием заместителя премьер-министра, министров здравоохранения и социальной защиты, образования, труда и финансов, представителей других министерств, комитетов и агентств из 20 стран и ряда международных организаций (62). В форуме приняли участие более 200 высокопоставленных должностных лиц учреждений Организации Объединенных Наций, представителей организаций гражданского общества и партнеров в поддержку развития. Они обсудили достижения, проблемы и возможности, связанные с защитой прав людей с инвалидностью в Таджикистане. На форуме была также рассмотрена национальная программа реабилитации (2017–2020 гг.), ход реализации КПИ ООН в Таджикистане и прогресс, достигнутый на пути к ее ратификации. По итогам форума была принята дорожная карта по присоединению Таджикистана к КПИ ООН и соблюдению ее положений. Проведение HLDF в Таджикистане ознаменовало принятие новой прогрессивной декларации по вопросам инвалидности, способствующей определению приоритетов для сектора оказания помощи инвалидам на период до 2030 г. в соответствии с ЦУР.

Анализ положения дел с дискриминацией инвалидов в области здравоохранения в 27 странах ЕС показал, что лишь в 14 из них имеется законодательство, одновременно запрещающее дискриминацию и требующее предоставлять инвалидам реалистичные возможности для доступа (табл. 3 (45)).

Таблица 3. Статус стран ЕС в отношении законодательства, запрещающего дискриминацию по признаку инвалидности и/или требующего предоставлять инвалидам реалистичные возможности для доступа к услугам здравоохранения

		Законодательство требует предоставления реалистичных возможностей	
		Да	Нет
Законодательство запрещает дискриминацию по признаку инвалидности	Да	14 (Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Ирландия, Испания, Мальта, Нидерланды, Словакия, Финляндия, Хорватия, Чехия, Швеция)	7 (Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Румыния, Словения, Франция)
	Нет	1 (Кипр)	5 (Дания, Греция, Польша, Португалия, Эстония)

Источник: Waddington (45).

Лидерство

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить, чтобы вопросы, связанные с инвалидностью, были четко сформулированы и представлены в министерстве, других структурах и координационных механизмах здравоохранения. Необходимо создавать, укреплять и эффективно задействовать потенциал и механизмы лидерства во время кризисов и бедствий.

Контекст: совершенствование национальных законов, политики и планов может зависеть от наличия потенциала лидерства в вопросах обеспечения инклюзивности системы здравоохранения по отношению к людям с инвалидностью. В некоторых ситуациях это означает наличие в министерстве специальной комиссии или назначенных должностных лиц, отвечающих за вопросы, связанные с инвалидностью. В координационных структурах должны быть представлены люди с инвалидностью как источник практических соображений, опыта и знаний по рассматриваемым вопросам.

Отправная точка для обзора и действий

- Есть ли назначенное должностное лицо/лица в министерстве здравоохранения и/или координатор КПИ ООН, отвечающий за вопросы инвалидности?
- Существует ли в министерстве здравоохранения план работы по вопросам инвалидности?
- Составлен ли бюджет для осуществления плана работы по вопросам инвалидности, и если да, то как он финансируется?
- Представлены ли в руководящих и координационных структурах люди с инвалидностью?
- Занимаются ли какие-либо комитеты, целевые группы или другие специализированные подразделения вопросами здравоохранения, связанными с инвалидностью, в том числе в рамках планов обеспечения готовности к пандемии? Представлено ли в этих структурах министерство здравоохранения и/или назначенное им должностное лицо или координатор?

- Существует ли на министерском уровне дискуссионная платформа по вопросам инвалидности?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

Ирландия в марте 2020 г. анонсировала Национальную клиническую программу для людей с инвалидностью (NCPD) (63). Программа предусматривает осуществление для людей с инвалидностью эффективных и действенных мер оценки состояния, вмешательств и поддержки, которые основаны на фактических данных, соответствуют контексту и предоставляются в рамках социальной и правозащитной модели. В Ирландской службе здравоохранения будет назначен главный клинический специалист по инвалидности, а также будут сформированы консультативная группа и временные целевые группы по проблемам инвалидности.

Финансирование здравоохранения

Общая задача («необходимо добиться») заключается в предоставлении ресурсов для обеспечения доступности и ценовой приемлемости услуг здравоохранения для людей с инвалидностью (в отношении, например, доступности помещений, оборудования и средств коммуникации, а также реалистичных возможностей доступа) и оказания специализированных услуг, ориентированных на инвалидов (предоставление ассистивных и медицинских средств и др.).

Контекст: бюджеты должны обеспечивать предоставление услуг здравоохранения, учитывающих потребности инвалидов, включая физическую доступность, ассистивные технологии и специализированные услуги. Политика охвата должна обеспечивать, чтобы люди с инвалидностью не испытывали финансовых трудностей из-за необходимости оплачивать услуги из собственных средств или нести косвенные расходы (например, на транспорт). За финансирование бюджетов может отвечать министерство здравоохранения и/или другие министерства (например, министерство социальных дел), и эта работа может осуществляться на центральном и местном уровнях управления, для чего может понадобиться механизм координации.

Отправная точка для обзора и действий

- Учитываются ли в бюджете здравоохранения услуги или корректировки, связанные с инвалидностью?
- Предусматриваются ли в бюджетах на создание новых медицинских услуг и изделий расходы, связанные с обеспечением физической доступности для инвалидов?
- Учитываются ли при распределении ресурсов потребности населения, в том числе инвалидов?
- Включает ли финансируемый государством пакет льгот услуги для людей с инвалидностью, такие как реабилитация и ассистивные технологии?

- Предназначены ли сборы с пользователей (сооплата) за услуги здравоохранения, финансируемые государством, для сокращения неудовлетворенных потребностей и финансовых трудностей, особенно для людей, подверженных риску бедности и социальной изоляции, и людей, которые регулярно пользуются услугами здравоохранения?
- Охватывают ли программы социальной защиты людей с инвалидностью и предоставляют ли они финансовую поддержку для сведения к минимуму платежей за медицинские услуги из собственных средств граждан?
- Учитывают ли механизмы оплаты услуг провайдеров потребности людей с инвалидностью (например, более длительные консультации, надомные посещения или обезболивание при оказании стоматологической помощи лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями)?
- Принимаются ли меры для предотвращения административных препятствий при доступе людей с инвалидностью к услугам медицинской помощи или социальной защиты?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

В марте 2020 г. Ирландская служба здравоохранения начала реализацию NCPPD (63). В рамках этой работы министр здравоохранения и министр по делам инвалидов объявили о создании фонда в размере 20 млн евро для реформирования служб помощи инвалидам, укрепления потенциала организаций по делам инвалидов и улучшения качества жизни людей с инвалидностью. Эта сумма дополнила базовые 100 млн евро, выделенные на услуги для инвалидов на 2021 г.

В Германии пакет льгот национальной программы медицинского страхования составлен с учетом специальных потребностей людей с инвалидностью в некоторых областях. Например, оплачиваются домашние посещения для проведения несложных стоматологических вмешательств, и пациенты имеют право на более частые профилактические обследования и санацию полости рта.

Информация и фактические данные

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить регулярный сбор объективных данных о показателях здоровья людей с инвалидностью и о том, как их можно улучшить, а также получить данные для генерирования аналитической информации в целях совершенствования услуг здравоохранения.

Контекст: информационные системы здравоохранения должны предоставлять данные, характеризующие доступ людей с инвалидностью к услугам медицинской помощи в сопоставлении с доступом для других групп населения. Эти данные необходимо систематизировать, анализировать и доводить до сведения заинтересованных сторон, которые затем могут использовать их для планирования мер по содействию интеграции, определения приоритетов и распределения ресурсов. Как неоднократно говорила Маргарет Чен, бывший Генеральный директор ВОЗ: «Измеримо, значит осуществимо».

Существуют три потенциальных источника информации.

- **Обследования домохозяйств по вопросам здоровья:** включение показателей инвалидности в процессы сбора данных в рамках опросных обследований позволяет дезагрегировать показатели здоровья по признаку наличия инвалидности. Например, можно включить показатели инвалидности в национальные репрезентативные обследования домашних хозяйств, что позволит выявлять различия в смертности, заболеваемости и других ключевых показателях здоровья (таких как распространенность неинфекционных заболеваний) в зависимости от статуса инвалидности.
- **Системы рутинного сбора и обработки информации здравоохранения:** применение обычных информационных систем здравоохранения для выявления конкретных групп (таких как люди с ограниченными интеллектуальными возможностями) позволяет сравнивать их с общим населением по показателям охвата услугами здравоохранения и уровня их использования.
- **Целевые обследования по вопросам инвалидности:** каждая страна должна через каждые 5–10 лет проводить целевые обследования по вопросам здоровья людей с инвалидностью в целях анализа состояния здоровья и показателей обращаемости людей с инвалидностью за медицинской помощью в сопоставлении с общим населением. Одним из примеров является Типовое опросное обследование ВОЗ по вопросам инвалидности.

По мере возможности данные об инвалидности и состоянии здоровья следует дезагрегировать по типу инвалидности, а также по полу и возрасту для выявления имеющих пробелов и потребностей различных групп. Этот процесс должен дополнять, а не дублировать другие усилия по сбору данных, такие как использование рекомендованного ВОЗ инструмента систематической оценки положения дел в области реабилитации или мероприятия в рамках инициативы РНСРІ.

Также требуются фактические данные, позволяющие определить оптимальные вмешательства для улучшения доступа к медицинской помощи для людей с инвалидностью. В этих целях следует проводить исследования по оценке эффективности и рентабельности различных подходов. Для улучшения доступа может потребоваться внедрение инноваций; они должны разрабатываться на основе фактических данных, в идеале с использованием дизайна, ориентированного на конкретные человеческие потребности, в партнерстве с людьми с инвалидностью. Сбор данных всегда должен соответствовать этическим стандартам, в том числе в плане получения информированного согласия и обеспечения конфиденциальности.

Отправная точка для обзора и действий

- Имеются ли данные о численности людей с инвалидностью в разбивке по типу ограниченных возможностей функционирования?
- Имеются ли возможности для дезагрегирования данных о здоровье по признаку инвалидности? Если да, то можно ли дополнительно представить такие данные в разбивке по типам инвалидности, полу и возрасту?

- Проводилось ли за последние 10 лет обследование медико-санитарных потребностей, показателей здоровья и/или доступа людей с инвалидностью к услугам здравоохранения (например, Модельное обследование ВОЗ по вопросам инвалидности)?
- Проводились ли национальные консультации по вопросам здравоохранения с людьми с инвалидностью для определения приоритетов и пробелов?
- Имеются ли данные о потребностях в специализированных услугах (таких как реабилитация и ассистивные технологии) и о доступе к ним?
- Существует ли в министерстве здравоохранения система мониторинга услуг здравоохранения, инклюзивных по отношению к людям с инвалидностью?
- Имеются ли какие-либо действующие исследовательские или пилотные проекты, направленные на решение конкретных проблем доступа для людей с инвалидностью?
- Осуществлялось ли систематическое описание опыта людей с инвалидностью в качестве основы для разработки вмешательств / адаптационных коррективов?
- Проводился ли анализ согласованности предоставления услуг для инвалидов между различными секторами, такими как здравоохранение, социальная защита и образование?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

В ряде европейских стран были проведены **обследования домохозяйств по вопросам здоровья** с включением показателей инвалидности (например, Европейское обследование по вопросам здоровья и социальной интеграции), что позволило дезагрегировать показатели здоровья по признаку наличия инвалидности. Аспекты инвалидности отражены в регулярных обследованиях бюджетов домохозяйств, например в Таджикистане (64).

Целевые обследования по вопросам инвалидности были проведены в таких европейских странах, как Мальта (2005 г.), Ирландия (2006 г.), Кыргызстан (2008 г.), Сербия (2008 г.), Испания (2008 г.), Хорватия (2009 г.), Латвия (2009 г.), Румыния (2009 г.) и Таджикистан (2018 г.).

Системы рутинного сбора и обработки информации по вопросам здравоохранения использовались для получения данных о состоянии здоровья и результатах оказания помощи людям с инвалидностью. В рамках осуществляемой в Соединенном Королевстве инициативы «Охрана здоровья и оказание помощи людям с ограниченной обучаемостью» (65) отслеживаются показатели смертности, определенные нарушения здоровья (такие как эпилепсия и дисфагия) и результаты скрининга на рак, и проводится их сравнение с показателями для общего населения. Сбор сведений от врачей общей практики осуществляется с помощью электронных баз данных. В Швеции использование медицинских услуг и смертность людей с ограниченными интеллектуальными возможностями отслеживаются с помощью национального реестра.

Автономия и осведомленность

Общая задача («необходимо добиться») – создать все необходимые условия для того, чтобы люди с инвалидностью могли самостоятельно принимать решения по вопросам предоставляемой им медицинской помощи и знали о своих правах и вариантах возможных решений.

Контекст: людям с инвалидностью иногда отказывают в праве самостоятельно принимать решения о получаемой медицинской помощи (например, не всегда соблюдается требование о получении информированного согласия на вмешательство), им не всегда предоставляют сведения в доступных форматах о том, когда и как обращаться за медицинской помощью в необходимых случаях. Эти фундаментальные барьеры должны быть устранены, иначе внесение изменений в сферу только предоставления услуг само по себе вряд ли приведет к достижению равного для всех доступа к медицинской помощи.

Отправная точка для обзора и действий

- Доступна ли важная информация, распространяемая среди населения (например, радиосообщения о ВИЧ-инфекции или общие сведения о COVID-19 на телевидении) для людей с различными функциональными ограничениями (например, упрощенные тексты для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями, сурдоперевод/субтитры для людей с нарушениями слуха или сообщения с использованием шрифта Брайля для людей с нарушениями зрения)?
- Имеются ли просветительные материалы для детей с инвалидностью (например, материалы для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями о посещении врача и об информированном согласии)?
- Существуют ли какие-либо программы взаимного обучения для людей с инвалидностью по их правам на охрану здоровья и конкретным медицинским вопросам (таким как COVID-19 и рак)?
- Существуют ли группы поддержки для родителей детей с инвалидностью, и взаимодействует ли министерство здравоохранения с этими группами?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

Европейское региональное бюро ВОЗ сотрудничает с Европейским форумом по проблемам инвалидности – региональной организацией инвалидов – по вопросам коммуникации в связи с COVID-19. Совместно созданы два видеоролика с информацией о том, как сделать сообщения о COVID-19 доступными для инвалидов (66), с примерами информации о COVID-19 в альтернативных форматах, таких как язык жестов (67). Региональное бюро и Форум также подготовили два кратких руководства, одно для министерств здравоохранения и офисов ВОЗ (68) и одно для организаций инвалидов (69), содержащие рекомендации по обеспечению информации по вопросам COVID-19, доступной для людей с инвалидностью.

Компания «Beyond Words» выпустила для людей с ограниченными интеллектуальными возможностями легкий для чтения информационный материал о посещении врача и других вопросах, связанных со здоровьем.

Ценовая доступность

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить, чтобы люди с инвалидностью могли позволить себе услуги здравоохранения.

Контекст: люди с инвалидностью, в среднем, менее материально обеспечены, но при этом несут более значительные прямые и косвенные расходы на услуги здравоохранения. Например, проезд может быть дороже для людей, которым требуется транспорт, специально оборудованный с учетом их потребностей. При отсутствии возможности для получения государственных услуг люди с инвалидностью порой обращаются к частным поставщикам и тогда могут нуждаться в дополнительной защите от чрезмерных выплат из собственных средств и в финансовой поддержке для покрытия косвенных расходов.

В зависимости от местных условий эти задачи могут решаться через систему здравоохранения или более широкие программы социальной защиты. Права на социальную защиту и пакеты льгот в значительной мере различаются между странами Европейского региона.

Отправная точка для обзора и действий

- Существует ли программа социальных льгот или пенсионное обеспечение для людей с инвалидностью?
- Предоставляется ли финансовая поддержка для пользования услугами здравоохранения (например, снижение стоимости услуг и предоставление транспортных ваучеров)?
- Предоставляются ли людям с инвалидностью финансово доступные ассистивные средства?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

В Швеции с 2019 г. люди с инвалидностью имеют право на получение пособия, если они несут дополнительные расходы в связи со своим состоянием. Они должны быть старше 18 лет, иметь инвалидность, которая сохранится не менее года, быть застрахованы в Швеции и нести дополнительные расходы, связанные с инвалидностью, в размере не менее 11 900 шведских крон в год (приблизительно 1190 евро). Ответственное государственное учреждение (Försäkringskassan – «страховая касса») управляет социальным страхованием и определяет номенклатуру дополнительных расходов.

Как правило, эти расходы являются дополнением к общим затратам лиц того же возраста без инвалидности; они могут быть разовыми или повторяющимися и разделены законом на семь категорий: медицинское обслуживание и питание; износ бытовых изделий и уборка помещения; поездки; ассистивные устройства;

услуги помощника; жилье; прочее. В зависимости от суммы дополнительных расходов в год, размер пособия может составлять от 1190 до 2777 шведских крон в месяц (приблизительно 119–278 евро). Заявки можно подавать онлайн; имеется пособие по расчету дополнительных расходов, для подтверждения инвалидности требуется медицинская справка.

Кадровые ресурсы

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить, чтобы работники здравоохранения обладали знаниями по вопросам инвалидности, а также навыками и необходимой гибкостью для оказания качественной медицинской помощи инвалидам.

Контекст: медицинские работники должны обладать знаниями, необходимыми для оказания качественной медицинской помощи людям с инвалидностью. Им требуется информация о потребностях инвалидов в услугах медицинской помощи в связи с наличием конкретных факторов риска (таких как возникновение пролежней у людей с нарушениями мобильности), а также о дополнительных потребностях для доступа к обычной медицинской помощи (например, опровержение ложных предубеждений о том, что люди с инвалидностью не могут нуждаться в услугах охраны сексуального и репродуктивного здоровья). Медицинские работники должны обладать навыками общения с людьми с различными типами функциональных дефектов (сюда входит налаживание взаимодействия с людьми с нарушениями зрения или когнитивными нарушениями, получение информированного согласия на медицинские вмешательства, соблюдение неприкосновенности частной жизни и уважение достоинства пациента); они должны обеспечивать доступность своих услуг для людей с инвалидностью (например, объясняя пациентам с нарушениями интеллекта медицинские вопросы простым и понятным для них языком). Важно, чтобы не только клинический персонал, но и все остальные работники медицинских учреждений (включая администрацию, персонал по уборке и обслуживанию, ИТ-персонал и руководство), были хорошо подготовлены в вопросах инклюзивного предоставления медицинских услуг с учетом потребностей инвалидов, включая физическую доступность.

Вопросы, связанные с инвалидностью, должны быть включены в программы базового образования работников здравоохранения различных категорий и входить в курсы непрерывной профессиональной подготовки. В идеале любое такое обучение должно проводиться людьми с инвалидностью. Также важно привлечение инвалидов к участию в программах обучения, так чтобы они сами становились медицинскими работниками.

Отправная точка для обзора и действий

- Включают ли учебные программы для подготовки работников здравоохранения всех категорий (включая врачей, медицинских сестер, акушерок, физиотерапевтов, социальных и общинных медико-санитарных работников) вопросы, связанные с инвалидностью (например, права инвалидов, навыки коммуникации и обеспечение доступности)?

- Проходят ли медицинские работники какую-либо подготовку по вопросам инвалидности на рабочем месте?
- Проводится ли обучение по вопросам инвалидности для других сотрудников, работающих в секторе здравоохранения?
- Учитываются ли реабилитационные работники в качестве отдельной категории национальных кадровых ресурсов при планировании в области здравоохранения?
- Входят ли люди с инвалидностью в число руководителей и/или участников подготовки медицинских работников?
- Какова доля инвалидов в составе кадров здравоохранения?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

Имеется лишь ограниченное число примеров передовой практики по включению вопросов инвалидности в учебные программы для медицинских работников в Европе (70). Известные подходы включают: стажировка в клинике или в местном сообществе вместе с людьми с инвалидностью (Лестер, Соединенное Королевство; Лунд, Швеция; Лейпциг, Германия; Цюрих, Швейцария; Анже, Франция); обучение навыкам коммуникации с людьми с инвалидностью (Лестер, Соединенное Королевство; Вулвергемптон, Соединенное Королевство; Анже, Франция; Лидс, Соединенное Королевство; Брэдфорд, Соединенное Королевство; Глазго, Соединенное Королевство); интерактивные семинары или взаимодействие с пользователями с инвалидностью (Стаффордшир, Соединенное Королевство; Лондон, Соединенное Королевство; Бристоль, Соединенное Королевство). Эти проекты включали людей с различными типами нарушений (слуха, интеллектуальных и физических) и часто проводились в партнерстве с людьми с инвалидностью.

Существует необходимость в более активной поддержке медицинских работников с инвалидностью. В докладе Британской медицинской ассоциации «Инвалидность и медицинская профессия – результаты опроса 2020 года» продемонстрирован низкий уровень поддержки, предоставляемой врачам и студентам-медикам с инвалидностью (71). Из 705 опрошенных врачей и студентов с инвалидностью 35% сообщили, что подвергались харассменту на рабочем месте в связи с инвалидностью, 45% – о том, что не получили разумных корректировок рабочих условий, и 77% – о том, что они обеспокоены возможным плохим обращением с ними, если сообщат о наличии у себя стойкого функционального ограничения или хронического нарушения здоровья. Извлеченный урок заключается в том, что для медицинских работников с инвалидностью следует расширить услуги поддержки и принять меры по борьбе с дискриминацией.

Медицинские учреждения

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить, чтобы медицинские услуги, включая инфраструктуру и предоставляемую информацию, были доступны для людей с инвалидностью.

Контекст: медицинские учреждения, включая вход, кабинеты, ванные комнаты и оборудование, должны быть физически доступны для людей с инвалидностью. Необходимые

характеристики приведены в ряде стандартов доступности. Наиболее экономически эффективным будет строительство объектов в соответствии с этими стандартами, а не их последующая модернизация. Должны также приниматься меры для удовлетворения других потребностей в доступе, в том числе для людей с нарушениями зрения (например, путем размещения указателей, выполненных шрифтом Брайля, и обеспечения яркого освещения), слуха или коммуникации (например, с помощью альтернативных форм коммуникации).

Информация, включая цифровые медицинские услуги (такие как онлайн-консультации и мобильные приложения), также должна быть полностью доступна для людей с инвалидностью (например, в виде упрощенных текстов для людей с интеллектуальными/когнитивными нарушениями).

Должно быть обеспечено соответствие европейским стандартам доступности антропогенной среды (EN17210) и информационно-коммуникационных услуг/оборудования (EN301549). Для эффективного внедрения и поддержания функций доступности может быть полезным создание в каждом медицинском учреждении должности специалиста по вопросам доступности для лиц с ограниченными возможностями. Консультации на местном уровне с организациями инвалидов помогут выявить конкретные местные барьеры в отношении доступности и способы их преодоления. Кроме того, рекомендуется проводить регулярный мониторинг доступности медицинских услуг с последствиями для учреждений, не соответствующих стандартам.

Отправная точка для обзора и действий

- ◆ Существуют ли национальные стандарты доступности для медицинских учреждений?
- ◆ Существуют ли правила, определяющие соблюдение действующих европейских стандартов доступности зданий медицинских учреждений (EN17210) и цифровых медицинских услуг и оборудования (EN301549)?



- Имеются ли какие-либо местные учреждения, которые разработали/адаптировали практические руководства/инструменты, доступные для использования при аудите доступности?
- Проводится ли аудит доступности (физической и информационной) медицинских учреждений?
- Проводится ли аудит доступности услуг электронного здравоохранения?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

Европейский форум по проблемам инвалидности выступает с обращениями к Европейской комиссии в целях содействия тому, чтобы услуги электронного здравоохранения и мобильные медицинские устройства были полностью доступны и безопасны в использовании для пациентов с инвалидностью, членов их семьи, личных помощников и медицинского персонала.

Для европейских условий был разработан ряд инструментов для оценки доступности (в частности, в Соединенном Королевстве (Шотландия)) (72), позволяющих проводить проверку медицинских учреждений.

В Грузии предусмотрены требования к физической доступности медицинских учреждений. Выполнение требований в отношении доступности проверяется на месте, и несоблюдение может быть основанием для закрытия объектов.

Реабилитационные и специализированные услуги

Общая задача («необходимо добиться») – обеспечить, чтобы реабилитация (физиотерапия, ассистивные технологии и медицинские изделия) и специализированные медицинские услуги (такие как офтальмология, медицинские приборы и ассистивные технологии) для людей с инвалидностью были доступными, финансово приемлемыми и качественными.

Контекст: люди с инвалидностью могут нуждаться в реабилитации и специализированных медицинских услугах. Во многих странах потребности намного превышают предложение, поэтому для расширения этих услуг были введены в действие глобальные инициативы, в частности изложенная в публикации ВОЗ «Реабилитация в системе здравоохранения: руководство к действиям» (73) и Глобальное партнерство по ассистивным технологиям AtScale.

В вышеуказанном руководстве ВОЗ к действиям в области реабилитации содержится призыв к странам укреплять потенциал и повышать эффективность реабилитации в своих системах здравоохранения посредством четырехэтапного процесса: оценка ситуации в стране; разработка стратегического плана реабилитации; организация процессов мониторинга, оценки и обзора; реализация стратегического плана путем повышения потенциала руководства и управления реабилитацией. Имеются вспомогательные документы, которыми можно руководствоваться при выполнении этих четырех шагов.

AtScale сотрудничает с партнерами в оказании поддержки правительствам в распространении ассистивных технологий и устранении сбоев в системе рыночного снабжения.

Отправная точка для обзора и действий

- Включает ли национальный пакет базовых услуг реабилитацию и предоставление ассистивных средств?
- Существуют ли национальные планы или комитеты по реабилитации и/или ассистивным технологиям?
- Проводились ли какие-либо оценки реабилитационных услуг и потенциала в стране (например, с применением инструмента ВОЗ «Систематическая оценка положения дел в области реабилитации»)?
- Предусмотрено ли в национальном плане сектора здравоохранения проведение в приоритетном порядке каких-либо мероприятий по совершенствованию услуг реабилитации (включая ассистивные технологии)?
- Имеются ли специализированные центры комплексной реабилитации, в частности при травмах спинного мозга и черепно-мозговых травмах?
- Предоставляются ли реабилитационные услуги (терапия, реабилитационная медицина и ассистивные средства) в учреждениях первичной, вторичной и/или третичной медицинской помощи?
- Обеспечивается ли непрерывность и преемственность помощи, включая реабилитационные услуги, посредством планирования выписки, клинических рекомендаций, работы многопрофильных и междисциплинарных бригад, организации маршрутов пациентов, справочников услуг и ведения индивидуальных случаев?

Примеры передовой практики из стран Европейского региона ВОЗ

В Швеции в 1994 г. была введена в действие Программа наблюдения за пациентами с церебральным параличом, которая с 2007 г. охватывает все отделения реабилитации (74). Дети с церебральным параличом выявляются через национальный реестр и получают помощь для поддержания здоровья и максимального функционирования в виде услуг физиотерапии, трудотерапии и ортопедической поддержки. Аналогичные программы осуществляются в Дании, некоторых регионах Исландии, Норвегии и в Соединенном Королевстве (Шотландия).

В 2021 г. в Азербайджане, Грузии, Италии, Польше, Соединенном Королевстве, Таджикистане и Украине были проведены экспресс-оценки ассистивных технологий для определения удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей в этом виде помощи инвалидам. Эти обследования помогут министерствам и другим учреждениям здравоохранения планировать укрепление услуг в области ассистивных технологий. Кроме того, в Азербайджане, Грузии, Таджикистане и Украине были укреплены политика и услуги в данной области.

Резюме

В настоящее время положение людей с инвалидностью в Европейском регионе ВОЗ таково, что они имеют в среднем более высокие потребности в медицинском обслуживании, но при этом сталкиваются с более выраженными препятствиями в доступе к услугам из-за сбоев в системах и предоставлении услуг (табл. 4). Как следствие, эта категория населения характеризуется более низким охватом и качеством получаемых услуг, а также менее благоприятными результатами при оказании медицинской помощи.

Таблица 4. Краткое описание сбоев систем здравоохранения, показателей охвата и результатов оказания медицинской помощи для людей с инвалидностью

Сбои: системы	Сбои: предоставление услуг	Результаты: плохое состояние здоровья и финансовые трудности для людей с инвалидностью
Слабое политическое лидерство и управление на национальном и местном уровнях	Финансовая недоступность транспортных услуг	Неудовлетворенные потребности и финансовые трудности вследствие низкого охвата услугами
Отсутствие адекватных фондов и слабые механизмы финансирования	Отсутствие средств доступности в медицинских учреждениях	Низкое качество услуг
Слабое законодательство и политика или отсутствие их реализации	Недоступность информации по вопросам здоровья	Менее благоприятные исходы: более высокая смертность, высокая распространенность нарушений здоровья
Пробелы в данных и информации	Недоступность реабилитационных и специализированных услуг	
	Нехватка информации и навыков в отношении инвалидности у работников здравоохранения	

Эти пробелы имеют большое значение, поскольку:

- не позволяют людям с инвалидностью максимально эффективно функционировать и повышать качество своей жизни;
- это является нарушением права людей с инвалидностью на медицинское обслуживание, предусмотренного КПИ ООН и законами большинства стран;
- продолжающаяся социальная изоляция людей с инвалидностью будет означать, что ВОУЗ и другие задачи ЦУР и здравоохранения не будут решены;
- системы здравоохранения, инклюзивные по отношению к инвалидам, – это оптимальное решение для всех людей.

В этой связи необходимо устранить целый ряд недостатков в системе здравоохранения, чтобы улучшить охват и результаты медицинской помощи для людей с инвалидностью.

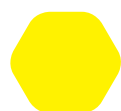
Для этого следует укрепить следующие элементы:

- ◆ стратегическое управление;
- ◆ лидерство;
- ◆ механизмы финансирования здравоохранения;
- ◆ данные и доказательства;
- ◆ переменные на уровне спроса (автономия, осведомленность и ценовая доступность);
- ◆ факторы на уровне предложения (кадровые ресурсы, медицинские учреждения, реабилитация и специализированные услуги).

Рамочная основа для проведения обзора может быть использована министерствами здравоохранения и другими государственными директивными органами для принятия мер в три основных этапа.

1. **Узнать:** использование элементов системы здравоохранения и перечисленных вопросов для анализа текущей ситуации (с использованием литературы и интервьюирования ключевых информантов).
 - *Правительства могут счесть целесообразным проведение более формального обзора или ситуационного анализа существующей системы.*
2. **Согласовать:** консультации с инвалидами для ознакомления с их опытом и предложениями, а также с техническими экспертами.
 - *Правительства могут счесть целесообразным создание под эгидой министерства здравоохранения консультативной группы по инклюзивному здравоохранению с участием людей с различными типами инвалидности.*
3. **Внести изменения:** определить несколько практических мер, установив их приоритетность, разработать план, включая бюджет, и начать реализацию.
 - *Правительства могут счесть целесообразным создание на министерском уровне временной рабочей группы для планирования и осуществления этих изменений.*





Библиография²

1. The Missing Billion [веб-сайт]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2021 (<https://www.themissingbillion.org/>).
2. Disability. In: World Health Organization Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: World Health Organization; 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/disability-and-rehabilitation/areas-of-work/disability>).
3. World Health Organization, World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>).
4. Kuper H, Heydt P. The missing billion: access to health services for 1 billion people with learning disabilities. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2019 (<https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/international-centre-evidence-disability/missing-billion>).
5. Резолюция A/RES/61/106, принятая Генеральной Ассамблеей 13 декабря 2006 года. Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2007 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/81/pdf/N0650081.pdf>).
6. Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]: Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2021 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>).
7. Социальные условия и здоровье: убедительные факты. Под ред. Wilkinson R, Marmot M. 2-е изд. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345475>).
8. Swerts C, Vandevelde S, VanDerNagel JEL, Vanderplasschen W, Claes C, De Maeyer J. Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders. *Res Dev Disabil*. 2017;63:107–17. doi:10.1016/j.ridd.2016.03.019.
9. McCarron M, Cleary E, McCallion P. Health and health-care utilization of the older population of Ireland: comparing the intellectual disability population and the general population. *Res Aging* 2017;39(6):693–718. doi:10.1177/0164027516684172.
10. Emerson E. Smoking among adults with and without disabilities in the UK. *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(4):e502–9. doi:10.1093/pubmed/fdy062.
11. Sakellariou D, Rotarou ES. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open* 2017;7(8):e016614. doi:10.1136/bmjopen-2017-016614.
12. Contador I, Bermejo-Pareja F, Fernández-Calvo B, Llamas S, Villarejo A, Vega S et al. Disability subtypes and mortality rates in older adults: a longitudinal population-based study (NEDICES). *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;80:88–94. doi:10.1016/j.archger.2018.10.008.
13. Pongiglione B, De Stavola BL, Kuper H, Ploubidis GB. Disability and all-cause mortality in the older population: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(8):735–46. doi:10.1007/s10654-016-0160-8.

2 Все ссылки по состоянию на 10 января 2022 г.

14. Dale C, Prieto-Merino D, Kuper H, Adamson J, Bowling A, Ebrahim S et al. Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(2):170–5. doi:10.1136/jech-2011-200078.
15. Arvio M, Salokivi T, Tiitinen A, Haataja L. Mortality in individuals with intellectual disabilities in Finland. *Brain Behav.* 2016;6(2):e00431. doi:10.1002/brb3.431.
16. Grande G, Vetrano DL, Fratiglioni L, Marseglia A, Vanacore N, Johnson Laukka E et al. Disability trajectories and mortality in older adults with different cognitive and physical profiles. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(6):1007–16. doi:10.1007/s40520-019-01297-1.
17. Caron A, Ayala A, Damián J, Rodríguez-Blazquez C, Almazán J, Manuel Castellote J et al. Physical activity, body functions and disability among middle-aged and older Spanish adults. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):150. doi:10.1186/s12877-017-0551-z.
18. Kellen E, Nuyens C, Molleman C, Hoeck S. Uptake of cancer screening among adults with disabilities in Flanders (Belgium). *J Med Screen.* 2020;27(1):48–51. doi:10.1177/0969141319870221.
19. Floud S, Barnes I, Verfürden M, Kuper H, Gathani T, Blanks RG et al. Disability and participation in breast and bowel cancer screening in England: a large prospective study. *Br J Cancer* 2017;117(11):1711–14. doi:10.1038/bjc.2017.331.
20. Pichetti S, Penneau A, Lengagne P, Sermet C. Accès aux soins et prévention des personnes handicapées en France: analyse à partir des données des enquêtes ménages Santé et Handicap de 2008 (Handicap-Santé-Ménages) [Access to care and prevention for people with disabilities in France: analysis based on data from the 2008 French health and disabilities households surveys (Handicap-Santé-Ménages)]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2016;64(2):79–94. doi:10.1016/j.respe.2015.11.009 (in French).
21. Cuypers M, Schalk BWM, Koks-Leensen MCJ, Nägele ME, Bakker-van Gijssel EJ, Naaldenberg J et al. Mortality of people with intellectual disabilities during the 2017/2018 influenza epidemic in the Netherlands: potential implications for the COVID-19 pandemic. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(7):482–8. doi:10.1111/jir.12739.
22. Glover G, Williams R, Heslop P, Oyinlola J, Grey J. Mortality in people with intellectual disabilities in England. *J Intellect Disabil Res.* 2017;61(1):62–74. doi:10.1111/jir.12314.
23. Björkenstam C, Alexanderson K, Björkenstam E, Lindholm C, Mittendorfer-Rutz E. Diagnosis-specific disability pension and risk of all-cause and cause-specific mortality – a cohort study of 4.9 million inhabitants in Sweden. *BMC Public Health* 2014;14:1247. doi:10.1186/1471-2458-14-1247.
24. Gijón-Conde T, Graciani A, López-García E, García-Esquinas E, Laclaustra M, Ruilope LM et al. Frailty, disability, and ambulatory blood pressure in older adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(5):433–8. doi:10.1016/j.jamda.2017.11.014.
25. Wszyńska J, Podgórska-Bednarz J, Leszczak J, Mazur A. Prevalence of hypertension and prehypertension in children and adolescents with intellectual disability in southeastern Poland. *J Intellect Disabil Res.* 2017;61(11):995–1002. doi:10.1111/jir.12398.
26. Axmon A, Ahlström G, Höglund P. Prevalence and treatment of diabetes mellitus and hypertension among older adults with intellectual disability in comparison with the general population. *BMC Geriatr.* 2017;17, art. 272. doi:10.1186/s12877-017-0658-2.

27. Phlypo I, Janssens L, Palmers E, Declerck D, Marks L. Review of the dental treatment backlog of people with disabilities in Europe. *J Forensic Odontostomatol.* 2019;3(37):42–9. PMID:31894137.
28. Belzunegui-Eraso A, Pastor-Gosálbez I, Puig-Andreu X, Valls-Fonayet F. Risk of exclusion in people with disabilities in Spain: determinants of health and poverty. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(10):2129. doi:10.3390/ijerph15102129.
29. Sadowsky M, McConkey R, Shellard A. Obesity in youth and adults with intellectual disability in Europe and Eurasia. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2020;33(2):321–6. doi:10.1111/jar.12667.
30. The burden of stroke in Europe. Brussels: Stroke Alliance for Europe; 2017 (<https://strokeeurope.eu>).
31. Hoey E, Staines A, Walsh D, Corby D, Bowers K, Belton S et al. An examination of the nutritional intake and anthropometric status of individuals with intellectual disabilities: results from the SOPHIE study. *J Intellect Disabil.* 2017;21(4):346–65. doi:10.1177/1744629516657946.
32. König-Bachmann M, Zenzmaier C, Schildberger B. Health professionals' views on maternity care for women with physical disabilities: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19, art. 551. doi:10.1186/s12913-019-4380-y.
33. Malouf R, Henderson J, Redshaw M. Access and quality of maternity care for disabled women during pregnancy, birth and the postnatal period in England: data from a national survey. *BMJ Open* 2017;7(7):e016757. doi:10.1136/bmjopen-2017-016757.
34. Salvador-Carulla L, Martínez-Leal R, Heyler C, Alvarez-Galvez J, Veenstra MY, García-Ibáñez J et al. Training on intellectual disability in health sciences: the European perspective. *Int J Dev Disabil.* 2015;61(1):20–31. doi:10.1179/2047387713Y.0000000027.
35. Dammeyer J, Chapman M. A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health* 2018;18, art. 355. doi:10.1186/s12889-018-5277-0.
36. Holdsworth E, Trifonova V, Tanton C, Kuper H, Datta J, Macdowall W et al. Sexual behaviours and sexual health outcomes among young adults with limiting disabilities: findings from third British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMJ Open* 2018;8(7):e019219. doi:10.1136/bmjopen-2017-019219.
37. Ansmann L, Schabmann A, Gross SE, Gross-Kunkel A, Albert U-S, Osipov I. Are there disparities in surgical treatment for breast cancer patients with prior physical disability: a path analysis. *Breast Care (Basel)* 2020;15(4):400–7. doi:10.1159/000503777.
38. Groß S, Pfaff H, Swora M, Ansmann L, Albert U-S, Groß-Kunkel A. Health disparities among breast cancer patients with/without disabilities in Germany. *Disabil Health J.* 2020;13(2):100873. doi:10.1016/j.dhjo.2019.100873.
39. European human rights report: issue 4 – 2020. Poverty and social exclusion of persons with disabilities. Brussels: European Disability Forum; 2021 (https://mcusercontent.com/865a5bbea1086c57a41cc876d/files/ad60807b-a923-4a7e-ac84-559c4a5212a8/EDF_HR_Report_final_tagged_interactive_v2_accessible.pdf).
40. Horridge KA, Dew R, Chatelin A, Seal A, Merio Macias L, Cioni G et al. Austerity and families with disabled children: a European survey. *Dev Med Child Neurol.* 2019;61(3):329–36. doi:10.1111/dmcn.13978.
41. Groenewegen PP, Kroneman M, Spreeuwenberg P. Physical accessibility of primary care facilities for people with disabilities: a cross-sectional survey in 31 countries. *BMC Health Serv Res.* 2021;21, art. 107. doi:10.1186/s12913-021-06120-0.

42. Stickley A, Kondo N, Roberts B, Kizilova K, Waldman K, Oh H et al. Disability and psychological distress in nine countries of the former Soviet Union. *J Affect Disord.* 2021;292:782–7. doi:10.1016/j.jad.2021.05.061.
43. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hansen SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021;396(10267):2006–17. doi:10.1016/S0140-6736(20)32533-2.
44. Tanderup A, Lassen AT, Rosholm J-U, Ryg J. Disability and morbidity among older patients in the emergency department: a Danish population-based cohort study. *BMJ Open* 2018;8:e023803. doi:10.1136/bmjopen-2018-023803.
45. Waddington L. Prohibition of disability discrimination with regard to healthcare in the European Union. Brussels: European Disability Forum; in press.
46. Coronavirus (COVID-19) related deaths by disability status, England and Wales: 2 March to 14 July 2020. Newport: Office of National Statistics; 2020 (<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbydisabilitystatusenglandandwales/2marchto14july2020>).
47. Joy M, Hobbs FR, Lopez Bernal J, Sherlock J, Amirthalingam G, McGagh D et al. Excess mortality in the first COVID pandemic peak: cross-sectional analyses of the impact of age, sex, ethnicity, household size, and long-term conditions in people of known SARS-CoV-2 status in England. *Br J Gen Pract.* 2020;70(701):e890–8. doi:10.3399/bjgp20X713393.
48. Пандемия COVID-19 оказывает значительное воздействие на работу служб медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях // Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 (<https://www.who.int/ru/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>).
49. Negrini S, Grabljevec K, Boldrini P, Kiekens C, Moslavac S, Zampolini M et al. Up to 2.2 million people experiencing disability suffer collateral damage each day of COVID-19 lockdown in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020;56(3):361–5. doi:10.23736/S1973-9087.20.06361-3.
50. Courtenay K, Perera B. COVID-19 and people with intellectual disability: impacts of a pandemic. *Ir J Psychol Med.* 2020;37(3):231–6. doi:10.1017/ipm.2020.45.
51. Rajan S, Khunti K, Alwan N, Steves C, Greenhalgh T, MacDermott N et al. In the wake of the pandemic: preparing for long COVID. Policy brief 39. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339629>).
52. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L et al. The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *Lancet* 2014;383(9920):889–95. doi:10.1016/S0140-6736(13)62026-7.
53. Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical data set. *BMJ Open* 2016;6(2):e010238. doi:10.1136/bmjopen-2015-010238.
54. Cooney MT, Carroll A. Cost effectiveness of inpatient rehabilitation in patients with brain injury. *Clin Med (Lond).* 2016;16(2):109–13. doi:10.7861/clinmedicine.16-2-109.

55. Проект глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью. Доклад Секретариата. Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 13.3 предварительной повестки дня. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014. (A67/16; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-ru.pdf).
56. European Commission. Union of equality. Strategy on the rights of persons with disabilities (2021–2030). Brussels: European Union; 2021 (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes>).
57. Резолюция A/RES/74/2, принятая Генеральной Ассамблеей 10 октября 2019 года. Политическая декларация заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2007 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/87/pdf/N1931187.pdf>).
58. Европейская программа работы на 2020–2025 гг.: совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339486>).
59. de Savigny D, Adam T, editors. Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>).
60. Measuring primary health care performance. In: Primary Health Care Performance Initiative [website]. Primary Health Care Performance Initiative; 2018 (<https://improvingphc.org/measuring-primary-health-care-performance>).
61. Solidarity to protect those with disability during the pandemic. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/11/solidarity-to-protect-those-with-disability-during-the-pandemic>).
62. Dushanbe forum unites against disability inequalities in Tajikistan. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2019/11/dushanbe-forum-unites-against-disability-inequalities-in-tajikistan>).
63. National clinical programme for people with disability. In: HSE [website]. Dublin: Health Service Executive; 2021 (<https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/disability/#:~:text=National%20Clinical%20Programme%20for%20People%20with%20Disability.%20Under,provision%20for%20people%20with%20disability%2C%20across%20all%20sectors>).
64. Towards universal health coverage: strengthening the evidence base for policy development in Tajikistan. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/news/news/2018/8/towards-universal-health-coverage-strengthening-the-evidence-base-for-policy-development-in-tajikistan>).
65. Health and care of people with learning disabilities. In: NHS Digital [website]. Leeds: NHS Digital; 2021 (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/health-and-care-of-people-with-learning-disabilities>).
66. Повышение значимости участия людей с инвалидностью в борьбе с COVID-19 [видеокалип на платформе YouTube, размещенный Европейским региональным бюро ВОЗ; 2021 (<https://www.youtube.com/watch?v=A0YMrIwpgbY>).

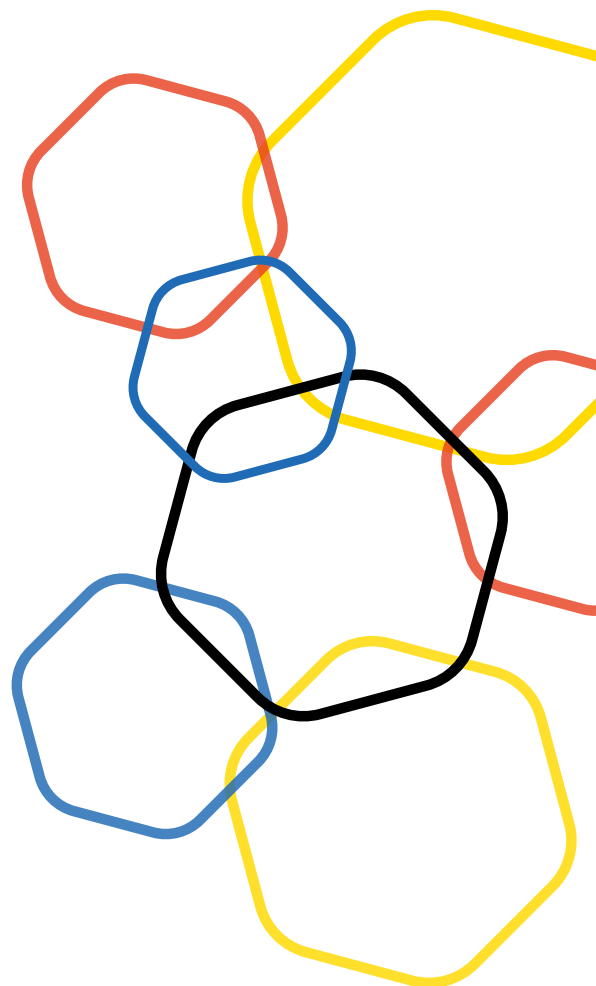
-
67. Translations. In: NHS Inform [website]. Glasgow: NHS Inform/NHS 24; 2021 (<https://www.nhsinform.scot/translations/languages/british-sign-language-bsl/illnesses-and-conditions/coronavirus-covid-19-bsl>).
68. Madou M. Доступная и инклюзивная информация с учетом инвалидности во время пандемии COVID-19. Краткое руководство для министерств здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Брюссель: Европейский форум по проблемам инвалидности; 2021 (https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.edf-feph.org%2Fcontent%2Fuploads%2F2021%2F04%2FGuidance-note-for-Health-Ministries_RU_WHO-Europe-Inclusive-and-accessible-public-health-messages-about-COVID-19-masolata.docx&wdOrigin=BROWSELINK).
69. Madou M. Доступная и инклюзивная информация с учетом инвалидности во время пандемии COVID-19. Краткое руководство для организаций людей с ограниченными возможностями (ОИ) в Европейском регионе ВОЗ. Брюссель: Европейский форум по проблемам инвалидности; 2021 (https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.edf-feph.org%2Fcontent%2Fuploads%2F2021%2F05%2FGuidance-note-for-DPOs_RU_WHO-Europe-Inclusive-and-accessible-public-health-messages-about-COVID-19.docx&wdOrigin=BROWSELINK).
70. Shakespeare T, Kleine I. Educating health professionals about disability: a review of interventions. *Health and Social Care Education* 2015;2(2):20–37. doi:10.11120/hsce.2013.00026.
71. Disability in the medical profession. Survey findings 2020. London: British Medical Association; 2020 (<https://www.bma.org.uk/media/2923/bma-disability-in-the-medical-profession.pdf>).
72. Better access to health. Better access to healthcare buildings: a good practice booklet produced by the Better Access to Health Public Involvement Group. Glasgow: NHS Greater Glasgow and Clyde; 2009 (<http://library.nhsggc.org.uk/media/219768/12563%20BATH%20Access%20FINAL%2027%2005%2009.pdf>).
73. Реабилитация в системе здравоохранения: руководство к действиям. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325607/9789240021952-rus.pdf>).
74. Alriksson-Schmidt AI, Arner M, Westbom L, Krumlinde-Sundholm L, Nordmark E, Rody-Bousquet E et al. A combined surveillance program and quality register improves management of childhood disability. *Disabil Rehabil.* 2017;39(8):830–6. doi:10.3109/09638288.2016.1161843

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония



WHO/EURO:2021-4367-44130-63868

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро ВОЗ

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int