



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



## ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

Цели в области устойчивого  
развития: задачи в области  
здравоохранения

# ИНВАЛИДНОСТЬ



1 ЛИКВИДАЦИЯ  
НИЩЕТЫ



3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ  
И БЛАГОПОЛУЧИЕ



5 ГЕНДЕРНОЕ  
РАВЕНСТВО



10 УМЕНЬШЕНИЕ  
НЕРАВЕНСТВА



11 УСТОЙЧИВЫЕ  
ГОРОДА И  
НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ

*Оптимизация здоровья и благополучия людей с ограниченными возможностями имеет важное значение для достижения целей в области устойчивого развития (ЦУР). Поскольку опыт, связанный с инвалидностью, универсален на протяжении всей жизни и влияет на все ее сферы, вопрос инвалидности имеет значение для достижения всех ЦУР. Здоровье и благополучие каждого человека зависят от адекватного уровня жизни, достойно оплачиваемой работы и возможностей получения образования и участия в социальной и общественной жизни (составляющих ЦУР), но это именно те сферы жизни, в которых люди с ограниченными возможностями особенно ущемлены.*

Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и 17 ЦУР служат мощной основой для обеспечения развития с учетом потребностей инвалидов на уровне отдельных групп населения, стран и международного сообщества в целом (1). Повестка дня содержит обязательство никого не оставлять без внимания, будь то лица с инвалидностью или иные уязвимые группы населения, и признает необходимость учета факторов инвалидности при осуществлении всех поставленных целей.

/// Что понимается под инвалидностью? В Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов 2007 г. инвалидность признается «эволюционирующим понятием» и указывается, что «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» (2).

/// Инвалидность – это результат взаимодействия изменений здоровья (таких как церебральный паралич, депрессия или болезнь легких) и факторов окружающей среды (таких как недоступный транспорт, ограниченная социальная поддержка или загрязнение воздуха).

/// Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья ВОЗ (3) служит научной основой применительно к этой модели инвалидности.

/// Важное значение имеет степень инвалидности, поскольку тяжесть физических и психических нарушений варьируется от незначительной до очень высокой. Опыт ограничения возможностей на том или ином этапе жизни имеет общечеловеческий характер, поскольку в какой-то момент каждый человек сталкивается с определенным ограничением телесных или психических функций.



- И инвалидность разнообразна не только по степени, но и по характеру. Есть люди, живущие с тяжелыми сенсорными, двигательными, коммуникативными или когнитивными нарушениями (например невидящие или неслышащие люди, пользователи инвалидных колясок, дети с ограниченными интеллектуальными возможностями), но есть и люди с легкими или умеренными нарушениями, нуждающиеся в помощи для того, чтобы предотвратить ухудшение подобных нарушений. Наконец, с возрастом мы сталкиваемся с множественными заболеваниями, при которых одновременно возникают несколько легких или умеренных нарушений целого ряда функций организма, что приводит к относительно высокому уровню общей инвалидности (4).
- Стремление никого не оставить без внимания и приверженность соблюдению прав человека лиц с ограниченными возможностями являются основополагающими принципами Повестки для в области устойчивого развития на период до 2030 г. (1,5). Инвалидность признается междисциплинарным вопросом, особенно актуальным в свете достижения ЦУР в области образования, роста и занятости; неравенства; доступности населенных пунктов; данных, мониторинга и подотчетности. Люди с ограниченными возможностями признаны группой населения, в первую очередь нуждающейся в обеспечении здоровья и благополучия (1). Признано также, что для мониторинга показателей осуществления задач ЦУР необходимы данные, дезагрегированные по признаку инвалидности (6).

## Факты и цифры



TARGET 3-4



### ЦУР 3.4. Уменьшение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и поддержание психического здоровья и благополучия

Инвалидность – это опыт повседневного воздействия на жизнь людей изменений здоровья и нарушений в контексте окружающих их условий. Соответственно, крепкое здоровье и благополучие чрезвычайно важны для людей с ограниченными возможностями, а профилактика и лечение являются ключевыми факторами для смягчения воздействия инвалидности. Лица с ограниченными возможностями имеют повышенные потребности в области здоровья и благополучия.

- Согласно опубликованным в 2011 г. оценкам ВОЗ около 15% населения мира живут с той или иной формой инвалидности (7), а по оценкам, подготовленным на основе Обследования рабочей силы Европейского союза (ЕС) за 2015 г. и Европейского исследования по вопросам здоровья и социальной интеграции 2012 г., распространенность инвалидности в возрастной группе от 15 до 64 лет в государствах-членах ЕС составляет 14% (8,9).
- Для населения Европейского региона ВОЗ в настоящее время характерно увеличение числа лет, прожитых с инвалидностью (YLD) и, потенциально, с ослабленным здоровьем. На основании данных и анализа глобального бремени болезней можно судить о том, что за период с 2006 по 2016 гг. на популяционном уровне в Регионе масштабы инвалидности, ассоциированной с изменениями здоровья с наиболее высокой распространенностью, возросли на 6,3% (таблица 1) (10).
- Показатели инвалидности в Регионе также неуклонно растут по ряду причин, в числе которых увеличение распространенности неинфекционных и хронических заболеваний, несмертельные травмы

Таблица 1. Распространенность и YLD применительно к изменениям здоровья, связанным с тяжелым уровнем инвалидности, в Европейском регионе ВОЗ (2006–2016 гг.)

Изменение здоровья	Распространенность (тыс)		Изменение распространенности, 2006–2016 гг. (%)	YLD (тыс)		Изменение YLD, 2006–2016 гг. (%)
	2006	2016		2006	2016	
ВИЧ/СПИД	1415,9	1961,6	38,5	147,8	192,7	30,4
Новообразования	10 360,7	12 589,2	21,5	1182,6	1384,4	17,1
Ишемический инсульт	13 236,3	14 287,3	7,9	2330,4	2528,3	8,5
Болезнь Паркинсона	1268,3	1542,8	21,6	145,7	177,2	21,6
Эпилепсия	2844,1	2998,8	5,4	800,1	790,0	–1,3
Рассеянный склероз	712,9	828,1	16,2	184,9	213,5	15,5
Шизофрения	2206,3	2381,4	7,9	1401,8	1510,5	7,8
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	20 566,0	20 072,5	–2,4	2044,4	1992,9	–2,5
Расстройства, вызванные употреблением опиоидов	3260,0	3246,8	–0,4	1346,7	1337,4	–0,7
Глубокое депрессивное расстройство	23 337,0	24 033,3	3,0	4711,6	4838,7	2,7
Хроническая болезнь почек	42 489,5	49 365,8	16,2	1056,8	1238,6	17,2
Ревматоидный артрит	3571,2	4043,6	13,2	828,2	936,1	13,0
Подагра	6274,7	7129,0	13,6	195,9	222,1	13,4
Псориаз	12 431,6	13 686,0	10,1	1067,9	1172,8	9,8
<b>Итого</b>	<b>143 974,5</b>	<b>158 166,2</b>	<b>9,9</b>	<b>17 444,8</b>	<b>18 535,2</b>	<b>6,3</b>

Примечание: Результаты, основанные на весовых коэффициентах инвалидности из глобального бремени болезней за 2016 г. для Региона, за исключением Монако и Сан-Марино.

Источник: Институт измерения показателей и оценки здоровья, 2019 г. (10).

и старение населения (11,12). По прогнозам, за период с 2015 по 2030 гг. число проживающих в Регионе людей в возрасте старше 60 лет увеличится на 23%, а в возрасте старше 80 лет – на 32,2%, что, в свою очередь, приведет к увеличению распространенности инвалидности (13).

- В целом и по сравнению с остальной частью населения люди с ограниченными возможностями имеют повышенные потребности в медико-санитарной помощи, более уязвимы к осложнениям, вторичным заболеваниям, сочетанным заболеваниям и изменениям здоровья в связи с возрастом, а также характеризуются более высокими показателями преждевременной смертности (7).
- Люди с ограниченными возможностями также более склонны к таким формам наносящего вред здоровью поведения, как курение, злоупотребление алкоголем и употребление психоактивных веществ (7). Среди людей с нарушениями психического здоровья гораздо выше уровень самопричинения вреда, суицидов и дополнительных проблем со здоровьем (7).
- Было установлено, что в Швейцарии живущие с инвалидностью люди в возрасте от 16 до 20 лет чаще, чем сверстники в целом, характеризуются 3 и более формами наносящего вред здоровью поведения, такими как ежедневное курение, злоупотребление алкоголем, употребление каннабиса, участие в насильственных или антиобщественных действиях (14).
- Люди с шизофренией подвергаются по крайней мере вдвое большему риску развития диабета 2 типа в сравнении с теми, кто не страдает этим заболеванием (15).



TARGET 3-8



### ЦУР 3.8. Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения

- Имеются убедительные доказательства того, что люди с ограниченными возможностями имеют более ограниченный доступ к услугам медико-санитарной помощи и реже ими пользуются, что ведет к неадекватному удовлетворению их потребностей в области охраны здоровья (7).
- Всеобщий охват услугами здравоохранения особенно важен для инвалидов, поскольку стоимость является первоочередной причиной недоступности медико-санитарной помощи. Даже в странах с высоким уровнем дохода инвалиды сталкиваются с финансовыми барьерами на пути к получению медико-санитарной помощи (7,16). Наиболее существенной финансовой преградой является необходимость оплачивать растущую стоимость услуг из собственных средств пациента, что особенно тяжело ощущается людьми с хроническими заболеваниями и инвалидностью (17).
- Проведенное в странах Европы в 2016 г. исследование показало, что 30% инвалидов, нуждавшихся в медико-санитарной помощи, но не могущих ее получить, назвали стоимость основной причиной отсутствия доступа к услугам (18). При этом между странами наблюдались большие различия: в Дании ценовую доступность указали в качестве преграды лишь 16% инвалидов, в то время как в Италии этот показатель составил 94% (19).
- Фактические данные также свидетельствуют о том, что инвалидам отказывают в доступе к услугам реабилитации на основании возраста: проведенный в 70 центрах нейротравмы в различных районах Европы опрос показал, что в 32 центрах люди в возрасте старше 65 лет с черепно-мозговой травмой реже направлялись в реабилитационные клиники на том основании, что реабилитационный потенциал в пожилом возрасте якобы снижен (20).
- Исследование, проведенное в 2017 г. в Соединенном Королевстве, показало, что люди с тяжелой инвалидностью в 4,5 раза чаще сталкиваются с проблемами на пути к получению психиатрической помощи, в первую очередь из-за ее высокой стоимости, в то время как люди с легкой инвалидностью сталкиваются с аналогичными трудностями в 3,6 раза чаще (21). Программы жесткого сокращения бюджетных расходов в таких странах, как Греция, ведут к непропорциональному ограничению доступа к услугам медико-санитарной помощи для инвалидов (22).



TARGET 1-3



### ЦУР 1.3. Внедрение на национальном уровне надлежащих систем и мер социальной защиты для всех и достижение существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения

- Целью мер социальной защиты является обеспечение, как минимум, того, чтобы всем людям без исключения гарантировался базовый доход на протяжении всей жизни посредством доступа к основным услугам медико-санитарной помощи, включая услуги по охране материнства; гарантированный базовый доход для детей путем обеспечения доступности питания, образования, ухода и других необходимых товаров и услуг; гарантированный базовый доход для лиц активного (трудоспособного) возраста, не имеющих возможности достаточно зарабатывать, особенно в случае болезни, безработицы, рождения детей и инвалидности; гарантированный базовый доход для пожилых людей (23,24).

- Бюджетное финансирование социальной защиты позволяет улучшить ситуацию применительно к справедливости в отношении здоровья, поскольку ведет к повышению финансовой защищенности людей, остающихся без внимания в силу инвалидности, безработицы, лишения жилья и социальной изоляции (23,25).



TARGET 3-7



### ЦУР 3.7, 5.6 и 10.2. Обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав, а также поощрение активного участия всех людей в социальной, экономической и политической жизни

- Люди с ограниченными возможностями имеют те же потребности в доступе к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, что и люди без инвалидности, и так же нуждаются в планировании семьи и рождении детей. Тем не менее, вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья инвалидов уделяется мало внимания из-за сложившегося неверного представления о людях с ограниченными возможностями и ложной убежденности в том, что они не являются сексуально активными.

TARGET 5-6



- Исследование, проведенное в Соединенном Королевстве, показало, что женщины с ограниченными интеллектуальными возможностями умирают в среднем на 20 лет раньше, а мужчины – на 13 лет раньше, чем женщины и мужчины в общей совокупности населения. Случаи смерти, предотвратимые путем оказания качественной медицинской помощи, среди людей с ограниченными интеллектуальными возможностями имеют место в 3 раза чаще (26).

TARGET 10-2



- Проведенное в Нидерландах исследование по вопросам сексуальности и контрацепции показало, что молодым людям с легкими ограничениями интеллектуальных возможностей недоступна информация о контрацепции, что обуславливает повышенный риск нежелательной беременности и соответствующих угроз для здоровья (27).

- Люди с ограниченными возможностями постоянно сталкиваются с неравенствами в отношении социальных, экономических и политических факторов.

- В странах ЕС наблюдаются значительные неравенства в области здоровья и ожидаемой продолжительности жизни применительно к таким уязвимым группам населения, как инвалиды, что связано с повышенным неблагоприятным воздействием факторов риска и различиями в доступе к высококачественной помощи (17).

- Почти 80% проживающих в странах ЕС инвалидов считают собственное здоровье плохим или очень плохим (28). В то же время они имеют лишь ограниченный доступ к услугам медико-санитарной помощи высокого качества и, соответственно, более высокие неудовлетворенные потребности в области охраны здоровья (7).

- По оценкам, в 31 государстве-члене в Европейском регионе ВОЗ стоимость жизни при наличии инвалидности (в зависимости от примененного метода оценки – оценка способности, пусть и с трудом, справиться с материальными трудностями или оценка семейного имущества) возрастает на величину, составляющую от 17% (Кипр) до 99% (Швеция) и от 16% (Венгрия) до 155% (Норвегия) (29).

- Исследование, проведенное в 2014 г., показало, что пожилые люди с инвалидностью в Греции, Италии и Польше характеризуются более высоким уровнем неудовлетворенных потребностей в помощи, чем пожилые инвалиды в Германии и Соединенном Королевстве (30).

- // Пробелы в доступности услуг здравоохранения являются следствием материальных, финансовых, установочных, информационных и коммуникационных барьеров, возникающих перед инвалидами при попытке получения доступа к услугам медико-санитарной помощи (7). Так, например, если общение на языке жестов недоступно, коммуникационные барьеры между пациентами с нарушениями слуха и врачами отрицательно сказываются на качестве медицинской помощи, включая меньшее использование профилактических медицинских услуг.
- // Имеются фактические данные, подтверждающие, что доступ к необходимым ассистивным технологиям, которые могут способствовать улучшению функционирования и предупреждению вторичных проблем со здоровьем, ограничен даже в таких странах с высоким уровнем дохода, как Норвегия и Швеция (31).



### **ЦУР 8.5. Обеспечение полной и производительной занятости и достойной работы для всех людей, включая инвалидов, и равной оплаты за труд равной ценности**

- // Разрыв в уровнях занятости в зависимости от инвалидности – это различие между уровнем занятости инвалидов и уровнем занятости тех, кто не имеет ограничений по причине болезни или инвалидности. В Европейском регионе ВОЗ этот разрыв либо увеличивается, либо сохраняется на прежнем уровне (23).
- // Люди с хроническими заболеваниями или инвалидностью подвергаются повышенному риску остаться без работы, при этом разрыв в уровнях занятости между обычным населением и инвалидами в странах Европейского региона ВОЗ составляет примерно 20%. Существует большая вероятность развития хронических заболеваний и инвалидности среди представителей неблагополучных групп населения, что может вынудить их покинуть рынок труда. Это повышает риск оказаться за чертой бедности и дальнейшего усугубления несправедливых различий в отношении здоровья (32).
- // Проблемы, с которыми сталкиваются люди с хроническими заболеваниями и инвалиды, желающие вернуться к работе, малоизучены. Необходимы меры вмешательства на организационном и персональном уровнях, позволяющие обеспечить возвращение представителей таких уязвимых групп населения и предотвратить их дальнейшую социальную изоляцию (33).
- // Во многих странах приняты законы, запрещающие какую-либо дискриминацию в отношении инвалидов, включая дискриминацию при трудоустройстве, однако практически не имеется фактических данных, подтверждающих, что такие законы действительно повышают шансы инвалидов найти работу. С другой стороны, существуют фактические данные, подтверждающие, что меры адаптации рабочих мест могут расширить возможности трудоустройства для лиц с инвалидностью (34).
- // Более эффективны меры вмешательства на раннем этапе, поэтому поддержка должна оказываться как можно раньше. Наиболее эффективным методом может быть применение индивидуального подхода по рассмотрению основополагающих проблем в области здоровья и благополучия отдельных лиц, особенно лиц и семей из наиболее обездоленных групп населения, которым нужна поддержка сразу по нескольким аспектам жизни. Эффективность таких мер вмешательства повышается, если обеспечивается координация помощи со стороны работодателей, медицинских работников, психологов, работников служб социального страхования и других специалистов (35).



TARGET 11-2



**ЦУР 11.2, 11.3 и 11.7. Обеспечение доступа к безопасным, недорогим, доступным и экологически устойчивым транспортным системам, расширение масштабов открытых для всех и экологически устойчивых урбанизации, планирования и управления, а также обеспечение всеобщего доступа к безопасным, доступным и открытым для всех зеленым зонам и общественным местам, особенно для инвалидов**

Инвалиды более уязвимы к трудностям, возникающим при попытке воспользоваться основными общественными услугами и зданиями, и менее устойчивы к последствиям стремительной урбанизации, социальным и экономическим изменениям и небезопасным условиям в городах. Все эти риски оказывают негативное влияние на здоровье инвалидов.

TARGET 11-3



/// Недоступность общественного транспорта является одной из основных преград, с которой инвалиды сталкиваются в процессе удовлетворения своих насущных потребностей в передвижении, независимости и доступе к необходимым услугам (7). Эта проблема особенно остро стоит применительно к пожилым инвалидам, и необходимо систематическое планирование с целью создания городской среды, которая отвечала бы потребностям этой группы населения и способствовала их удовлетворению (36).

TARGET 11-7



/// Людям с ограниченными возможностями необходим доступ к внешней окружающей среде и общественным местам не только для того, чтобы обеспечить их полное и всестороннее участие в жизни общества, но и для доступа к услугам и улучшения здоровья (7). Зачастую доступ ограничен. Так, 52% населения Соединенного Королевства заявили, что отсутствие общественных туалетов в их районе не позволяет им выходить на улицу так часто, как им хотелось бы (36).

/// Наличие недорогого и доступного жилья является одной из основных предпосылок сохранения здоровья. В странах ЕС 6,9% инвалидов в возрасте старше 16 лет живут в неблагоприятных жилищных условиях. Отсутствие внутренней канализации (то есть физически доступного туалета) является тяжким бременем для инвалидов, особенно для лиц с ограниченной подвижностью (28).

/// Что касается транспорта, городского планирования и доступа к общественным зданиям для людей с ограниченными возможностями, необходимо стремиться к использованию принципов универсального проектирования, гарантирующих, что продукты, условия, программы и услуги могут использоваться всеми людьми без исключения, не требуя адаптации или специализированной доработки (36).

Принятие Конвенции ООН о правах инвалидов в 2007 г. подчеркнуло необходимость учета проблем инвалидности в рамках стратегий устойчивого развития (вставка 1). Относительно недавно Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам и Секретариат Конвенции ООН о правах инвалидов выступили с инициативой #Envision2030,

целью которой является изменение нашего мира в интересах людей с ограниченными возможностями (38). В поддержку этой работы Доклад ООН об инвалидности и целях в области устойчивого развития 2018 г. содержит всеобъемлющий обзор связей между инвалидностью и достижением 17 ЦУР, в особенности ЦУР 3 (39).

## Вставка 1. Никого не оставить без внимания

**Достижение ЦУР невозможно без опоры на другие международные обязательства и синергизма с ними:** Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая в 2007 г., служит мандатом на обеспечение полного включения в жизнь общества и расширения прав и возможностей инвалидов (1). Конвенция ООН о правах инвалидов является результатом десятилетий работы ООН по изменению ценностных установок и подходов к решению вопросов инвалидности и гарантирует инвалидам соблюдение тех же прав человека, что и всем остальным людям.

Статья 25 Конвенции ООН о правах инвалидов посвящена вопросам охраны здоровья, гласит, что «государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности», и подчеркивает, что «инвалиды имеют право на получение услуг здравоохранения наравне с другими». Статья 26 расширяет право на получение высококачественных услуг здравоохранения за счет включения услуг реабилитации. Таким образом, обе статьи напрямую связаны с ЦУР 3.

Помимо этой очевидной связи, ЦУР 3 имеет прочные концептуальные и практические связи как минимум с 8 другими статьями Конвенции ООН о правах инвалидов, а именно со статьей 6 «Женщины-инвалиды», статьей 7 «Дети-инвалиды», статьей 9 «Доступность», статьей 10 «Право на жизнь», статьей 11 «Ситуации риска и чрезвычайные гуманитарные ситуации», статьей 23 «Уважение дома и семьи», статьей 31 «Статистика и сбор данных» и статьей 32 «Международное сотрудничество».

В Европейском регионе ВОЗ Конвенция ратифицирована всеми странами, кроме двух: Таджикистан и Узбекистан подписали ее, но еще не ратифицировали (37). Тем не менее, инвалиды по-прежнему имеют значительные неудовлетворенные потребности в области доступа к услугам здравоохранения и вынуждены сталкиваться со значительно большими трудностями при попытке их получить по сравнению с населением в целом.

Основополагающее обязательство ВОЗ принимать необходимые меры на общемировом уровне изложено в Глобальном плане ВОЗ по инвалидности на 2014-2021 гг. (40), утвержденном государствами-членами в 2014 г. (41). Данный план действий представляет собой значительный шаг на пути к достижению ЦУР 3 для людей с ограниченными возможностями: обеспечению здорового образа жизни и содействию благополучию для всех в любом возрасте. План действий имеет следующие три 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 местных сообществ;

■ укрепить сбор соответствующих и сопоставимых в международных масштабах данных об инвалидности и оказать поддержку исследованиям в области инвалидности и связанных с ней услуг.

Указанные задачи согласуются с соблюдением прав человека лиц с инвалидностью, как это закреплено в Конвенции о правах инвалидов.

В феврале 2017 г. ВОЗ было проведено совещание заинтересованных сторон «Реабилитация 2030: призыв к действиям», на котором была подчеркнута острая необходимость удовлетворения ощущаемой во всем мире значительной неудовлетворенной потребности в услугах реабилитации и важное значение реабилитации для достижения ЦУР 3 (42). Кроме того, приверженность ВОЗ достижению ЦУР 3 в Европе четко прослеживается благодаря ее вкладу в подготовку Доклада ООН об инвалидности и развитии 2018 г. (39), в котором изложена программа действий по:

- // совершенствованию национальных законов и мер политики в области здравоохранения в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов;
- // выявлению и устранению препятствий и барьеров, мешающих доступу инвалидов к учреждениям здравоохранения;
- // расширению охвата услугами здравоохранения и повышению их ценовой доступности для людей с инвалидностью в рамках подхода,

предусматривающего всеобщий охват услугами здравоохранения;

- // обучению работников здравоохранения с целью улучшить оказание услуг здравоохранения лицам с инвалидностью;
- // расширению прав и возможностей инвалидов в сфере принятия решений, касающихся их собственного здоровья, на основе свободного и информированного согласия;
- // запрещению дискриминационных практик в области медицинского страхования и содействию внедрению схем медицинского страхования, охватывающих использование ассистивных приспособлений и услуг реабилитации;
- // совершенствованию научных исследований и повышению качества данных, необходимых для мониторинга, оценки и укрепления систем здравоохранения, в целях полномасштабного включения инвалидов и оказания им необходимых услуг.

## Мониторинг прогресса

Экономическим и Социальным Советом Организации Объединенных Наций (ЭКОСОС) предложена Система глобальных показателей достижения целей в области устойчивого развития и выполнения задач Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (43), которая может быть использована для мониторинга прогресса в области достижения ЦУР, учитывающих интересы инвалидов. Однако для этого потребуются крупные инвестиции в развитие национальных и общеевропейских систем отчетности, а также систем сбора, хранения и анализа данных.

В преамбуле к изложению Системы глобальных показателей ЭКОСОС указывается, что данные для показателей должны быть дезагрегированы по инвалидности. Это согласуется с ЦУР 17, относящейся к осуществлению всех ЦУР. Задача ЦУР 17.18 конкретно оговаривает виды информации, сбор которой необходим для мониторинга ситуации в сфере достижения ЦУР.

## Показатели ЭКОСОС

1.3.1. Доля населения, охватываемого минимальным уровнем/системами социальной защиты, в разбивке по полу, с выделением детей, безработных, пожилых, инвалидов, беременных, новорожденных, лиц, получивших трудовое увечье, и бедных и уязвимых

4.5.1. Индексы равенства (женщин и мужчин, городских и сельских жителей, нижней и верхней квинтили достатка и других групп, например инвалидов, коренных народов и людей, затронутых конфликтом, в зависимости от наличия данных) по всем касающимся образования показателям в настоящем перечне, которые могут быть дезагрегированы

4.a.1. Доля школ, обеспеченных а) электроэнергией; б) доступом к Интернету для учебных целей; в) компьютерами для учебных целей; г) адаптированной инфраструктурой и материалами для учащихся-инвалидов; д) базовыми источниками питьевой воды; е) отдельными минимально оборудованными туалетами; и г) базовыми средствами для мытья рук (согласно определениям показателей инициативы ВССГ)

8.5.1. Средний почасовой заработок женщин и мужчин в разбивке по роду занятий, возрасту и признаку инвалидности

8.5.2. Уровень безработицы в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности

10.2.1. Доля людей с доходом ниже 50 процентов медианного дохода в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности

11.2.1. Доля населения, имеющего удобный доступ к общественному транспорту, в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности,

11.7.1. Средняя доля застроенной городской территории, относящейся к открытым для всех общественным местам, с указанием доступности в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности

11.7.2. Доля лиц, подвергшихся физическим или сексуальным домогательствам, в разбивке по полу, возрасту, признаку инвалидности и месту происшествия за последние 12 месяцев

16.7.1. Доля должностей (в разбивке по возрастной группе, полу, признаку инвалидности и группе населения) в государственных учреждениях (национальных и местных законодательных собраниях, государственной службе и судебных органах) в сравнении с национальным распределением

17.18.1 Доля показателей устойчивого развития, разработанных на национальном уровне с полной дезагрегацией по соответствующим признакам согласно основополагающим принципам официальной статистики

## Основные индикаторы для политики Здоровье-2020

(12) 2.1.b. Число предстоящих лет здоровой жизни в возрасте 65 лет, в разбивке по полу

(13) 4.1.a. Удовлетворенность жизнью, в разбивке по возрасту и полу

## Показатели для Тринадцатой общей программы работы

1.1. Ограничения доступа, связанные с расстоянием

3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения)

5.1 Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват) женщин и девочек в разбивке по квинтилю благосостояния

6.1 Количество пожилых людей в возрасте 65 лет и старше, которые зависят от предоставления помощи

6.2 Доля пожилых людей в возрасте 65 лет и старше, проживающих в городах и сообществах с благоприятными условиями для людей старшего возраста

30.1 Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (медикаментозные, психосоциальные и реабилитационные услуги по последующему уходу)

30.2 Доля лиц с тяжелыми психическими расстройствами, пользующихся услугами

# Поддержка ВОЗ для государств-членов



Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает государствам-членам поддержку в области решения задач, поставленных в Глобальном плане ВОЗ по инвалидности на 2014-2021 гг., посредством осуществления следующих мероприятий:

- // содействие учету интересов инвалидов в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения на основе данных о глобальном бремени болезней;
- // предоставление технических рекомендаций поставщикам услуг, работникам здравоохранения и лицам, формирующим политику, с тем чтобы гарантировать, что услуги и программы здравоохранения доступны и подходят для людей с ограниченными возможностями;

- // наращивание институционально-кадрового потенциала для осуществления программ реабилитации на уровне местных сообществ;
- // предоставление государствам-членам технического содействия в целях укрепления их статистических систем, необходимых для сбора, обработки и анализа данных в отношении функционирования и инвалидности, например путем интеграции краткой версии Типового опросника по инвалидности в другие опросные исследования.

## Партнеры



Стремясь содействовать обеспечению оптимального здоровья и благополучия и полного осуществления прав человека для всех людей с ограниченными возможностями, ВОЗ на регулярной основе сотрудничает и взаимодействует с партнерами, в числе которых:

- // Ассоциация по развитию вспомогательных технологий в Европе
- // Международная христианская организация в области развития СВМ
- // Министерство иностранных дел и торговли Австралии
- // Европейский форум по проблемам инвалидности

- // Международная организация инвалидов
- // Международный комитет Красного Креста
- // Детский фонд Организации Объединенных Наций
- // Департамент по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций
- // Программа развития Организации Объединенных Наций
- // Партнерство Организации Объединенных Наций в интересах реализации прав инвалидов
- // Агентство США по международному развитию



## Ресурсы

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), 2001 г.

<http://www.who.int/classifications/icf/en/> (на англ. яз.)

Всемирный доклад об инвалидности, 2011 г.

[https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/ru/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/)

Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг., 2015 г.

<https://www.who.int/disabilities/actionplan/ru/>

Всемирный доклад о старении и здоровье, 2015 г.

<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

Model Disability Survey

<http://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>



## Ключевые определения

### Функционирование

Общая сумма всех функций и структур организма, а также доменов активности и участия. Состояние функционирования является результатом взаимодействия между внутренним состоянием здоровья индивида (с изменением здоровья), а также факторами окружающей среды и личностными факторами индивида (3).

### Изменения здоровья

Все острые и хронические заболевания, расстройства, повреждения и травмы, а также жизненные события, приводящие к нарушениям, такие как беременность, старение, стресс, врожденная аномалия или генетическая предрасположенность (3).

### Нарушение

Утрата или отклонение от нормы структуры тела или физиологической функции (включая психические функции), причем термин «отклонение» используется для отражения значимого отклонения от общепринятых статистических норм (3).

### Реабилитация

Комплекс мер, направленных на оптимизацию функционирования и снижение инвалидности у лиц с изменениями здоровья во взаимодействии с окружающей их средой (7).

### Всеобщий охват услугами здравоохранения

Стремление к тому, чтобы все люди могли получать необходимые им медико-санитарные услуги высокого качества, не испытывая при их оплате финансовых трудностей. Эти услуги включают полный набор основных качественных медико-санитарных услуг – от укрепления здоровья до профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи на всех уровнях оказания помощи (от медико-социальных работников на уровне сообществ до больниц третичного уровня) на всех этапах жизни (44).



## Список использованной литературы

1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Нью-Йорк: Организация объединенных наций; 2015 (Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей, 70/1; [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
2. Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2007 (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-r.pdf>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2001 (на англ. яз.; <https://www.who.int/classifications/icf/en/>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
4. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
5. Новое глобальное партнерство: искоренение бедности и преобразование экономик посредством устойчивого развития. Доклад Группы видных деятелей высокого уровня по разработке повестки дня в области развития на период после 2015 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2013 (<https://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.10/2013/mtg1/HLP-Report-Russian.pdf>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
6. A world that counts: mobilising the data revolution for sustainable development. New York: United Nations; 2014 (<https://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/2014/11/A-World-That-Counts.pdf>, accessed 25 November 2019).
7. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 ([https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/ru/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
8. European comparative data on Europe 2020 & people with disabilities. Leeds: Centre for European Social and Economic Policy; 2017 (Final report for the Academic Network of European Disability Experts; <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1569&context=gladnetcollect>, accessed 25 November 2019).
9. Disability statistics: prevalence and demographics. In: Statistics explained [website]. Luxembourg: Eurostat; 2015 (<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/34409.pdf>, accessed 25 November 2019).
10. Global health data exchange [database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accessed 25 November 2019).
11. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–1602.
12. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–575.
13. World population ageing. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2015 (<https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp>, accessed 25 November 2019).
14. Surís JC, Michaud PA, Akre C, Sawyer SM. Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*. 2008;122(5):e1113–e1118.
15. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell AJ. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(2):144–157.
16. Тринадцатая общая программа работы ВОЗ на 2019–2023 гг. [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (на англ. яз.) (<https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
17. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. Health at a glance: Europe 2016: state of health in the EU cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>, accessed 25 November 2019).
18. Mitra S. Disability, health and human development. New York: Palgrave MacMillan; 2017.
19. Mitra S, Findley PA, Sambamoorthi U. Health care expenditures of living with a disability. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(9):1532–1540.
20. Cnossen MC, Lingsma HF, Tenovuo O, Maas AIR, Menon D, Steyerberg EW et al. Rehabilitation after traumatic brain injury: a survey in 70 European neurotrauma centres participating in the CENTER-TBI study. *J Rehabil Med*. 2017;49(5):395–401.
21. Sakellariou D, Rotarou ES. Access to health care for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*. 2017;7:e016614.

22. Rotarou ES, Sakellariou D. Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Crit Public Health*. 2017;29(1):48–60.
23. Здоровая и благополучная жизнь для всех: Доклад о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
24. Social protection floor. Geneva: International Labour Organization; 2019 (<https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.html>, accessed 25 November 2019).
25. Baker P, Hone T, Reeves A, Avendano M, Millett C. Does government expenditure reduce inequalities in infant mortality rates in low- and middle-income countries? A time-series, ecological analysis of 48 countries from 1993–2013. *Health Econ Policy Law*. 2018;14(2):249–273.
26. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *Lancet*. 2014;383(9920):889–895.
27. Dekker A, Safi M, Echteld MA, Evenhuis HM. Sexuality and contraception in young people with mild intellectual disability; a qualitative study on the basis of 28 interviews. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A8010.
28. European Health Interview Survey (EHIS). Luxembourg: Eurostat; 2018 ([https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm), accessed 25 November 2019).
29. Antón JI, Braña FJ, de Bustillo RM. An analysis of the cost of disability across Europe using the standard of living approach. *SERIEs*. 2016;7(3):281–306.
30. Bień B, McKee KJ, Döhner H, Triantafyllou J, Lamura G, Doroszkiewicz H. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Public Health*. 2013;18;23(6):1032–1038.
31. Nordic Cooperation on Disability, Nordic Centre for Rehabilitation Technology. Provision of assistive technology in the Nordic countries. Stockholm: Nordic Cooperation on Disability; 2007 (<http://pak.wheelchairnetwork.org/wp-content/uploads/2018/07/Nordic-Countries-Provision-of-AT-2007.pdf>, accessed 25 November 2019).
32. Saunders M, Barr B, McHale P, Hamelmann C. Ключевые меры политики для воздействия на социальные детерминанты здоровья и сокращения неравенства в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (Сводный доклад Сети фактических данных в отношении здоровья № 52; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/363767/hen-52-rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/363767/hen-52-rus.pdf?ua=1), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
33. Здоровье, достойная работа и экономика. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (Краткий аналитический обзор; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/420349/SDG-8-Rus-health,-decent-work-and-the-economy.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/420349/SDG-8-Rus-health,-decent-work-and-the-economy.pdf?ua=1), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
34. Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья. В: Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья «Защитим здоровье детей в изменяющейся среде», Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76522/Parma\\_EH\\_Conf\\_pb1\\_rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EH_Conf_pb1_rus.pdf?ua=1), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
35. Cavill N, Kahlmeier S, Rutter H, Racioppi F, Oja P. Economic analyses of transport infrastructure and policies including health effects related to cycling and walking: a systematic review. *Transp Policy*. 2008;15:291–304.
36. Создание благоприятных условий для людей старшего возраста в Европе. Пособие с описанием сфер для принятия мер политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (на англ. яз.; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
37. Status of treaties. In: Treaty collection, Chapter IV human rights [website]. New York: United Nations; 2019 ([https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4), accessed 1 December 2019).
38. #Envision2030: 17 goals to transform the world for persons with disabilities. New York: United Nations Division for Social Policy and Development; 2015 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/envision2030.html>, accessed 25 November 2019).
39. Disability and development report: realizing the sustainable development goals by, for and with persons with disabilities. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2018 (<https://social.un.org/publications/UN-flagship-report-disability-7June.pdf>, accessed 25 November 2019).
40. Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_16-ru.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-ru.pdf?ua=1&ua=1), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
41. Инвалидность. В: Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 27 мая 2013 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (WHA66.9, [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-ru.pdf), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
42. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, accessed 25 November 2019).

43. Система глобальных показателей достижения целей в области устойчивого развития и выполнения задач Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2018 ([https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement\\_Rus.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement_Rus.pdf), по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
44. Health systems governance for universal health coverage: action plan. Geneva, World Health Organization, 2014 ([https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/plan\\_action-hsgov\\_uhc.pdf](https://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf), accessed 25 November 2019).

**Координация и пересмотр:** д-р Amine Lotfi и д-р Bettina Menne (программа «Здоровье и устойчивое развитие», Европейское региональное бюро ВОЗ)

**Авторы:** Satish Mishra и Manfred Huber (программа «Здоровое старение, ограниченные возможности и долговременный уход», Европейское региональное бюро ВОЗ)

**Редактор:** Jane Ward; **Верстка:** Daniela Berretta.



**URL:** [www.euro.who.int/en/SDG-health-fact-sheets](http://www.euro.who.int/en/SDG-health-fact-sheets)

© Всемирная организация здравоохранения, 2020. Все права защищены.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

**Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**Тел.:** +45 45 33 70 00 **Факс:** +45 45 33 70 01

**Эл. адрес:** [sdgeurope@who.int](mailto:sdgeurope@who.int)