

УДК 342.734:614.2(575.2)
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-3-44-50

КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ, АСПЕКТЫ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

В.А. Адылбаева, С.С. Орозалиев, Л.И. Качыбекова

Аннотация. Кыргызстан ратифицировал Конвенцию о правах инвалидов в марте 2019 года, что активизировало изучение ее положений. В данной статье авторы представляют сравнительный обзор основных национальных законов Кыргызстана с положениями Конвенции о правах инвалидов, с фокусом на применение положений Конвенции в системе здравоохранения по обеспечению лиц с инвалидностью минимальным социальным стандартом. Данным стандартом в здравоохранении Кыргызстана является базовое государственное медицинское страхование для гарантированного обеспечения качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий. Проведенный обзор позволил авторам впервые выявить зоны несоответствия нормативных актов здравоохранения положениям КПИ и подготовить ряд рекомендаций по их минимизации.

Ключевые слова: конвенция; право; закон; инвалид; инвалидность; лицо с ограниченными возможностями здоровья; здоровье; здравоохранение.

МАЙЫПТАРДЫН УКУКТАРЫ ЖӨНҮНДӨ КОНВЕНЦИЯ ЖАНА АНЫ КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТОО СИСТЕМАСЫНДА КОЛДОНУУ АСПЕКТИЛЕРИ

В.А. Адылбаева, С.С. Орозалиев, Л.И. Качыбекова

Аннотация. Кыргызстан 2019-жылдын март айында Майыптардын укуктары боюнча конвенцияны ратификациялоо менен анын жоболорун изилдөөнү активдештирген. Бул макалада авторлор Кыргызстандын негизги улуттук мыйзамдары менен майыптардын укуктары жөнүндө конвенциянын жоболорун салыштырышкан, саламаттык сактоо системасында майыптарды минималдуу социалдык стандарт менен камсыз кылуу боюнча конвенциянын жоболорун колдонууга басым жасалат. Кыргызстандын саламаттык сактоо тармагындагы бул стандарт Мамлекеттик кепилдиктер программасынын алкагында сапаттуу медициналык-профилактикалык жардамдын кепилденген көлөмүн көрсөтүү үчүн базалык мамлекеттик медициналык камсыздандыруу болуп саналат. Жүргүзүлгөн сереп салуу авторлорго биринчи жолу саламаттык сактоо боюнча ченемдик укуктук актылардын Майыптардын укуктары жөнүндө конвенциянын жоболоруна ылайык келбеген жерлерин аныктоого жана аларды минималдаштыруу боюнча бир катар сунуштарды даярдоого мүмкүндүк берди.

Түйүндүү сөздөр: конвенция; укук; мыйзам; майып адам; майыптуулук; ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген адам; ден соолук; саламаттык сактоо.

CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES AND ASPECTS OF ITS APPLICATION IN THE HEALTH SYSTEM OF KYRGYZSTAN

V.A. Adylbaeva, S.S. Orozaliev, L.I. Kachybekova

Abstract. Kyrgyzstan ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) in March 2019, which has enhanced the study of its provisions. In this article, the authors present a comparative review of Kyrgyzstan's main national laws with the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, with a focus on the application of the provisions of the Convention in the health system to provide persons with disabilities with a minimum social standard. In Kyrgyzstan this standard in health is the basic state health insurance to ensure the provision of

quality medical and preventive care within the framework of the State Guaranteed Benefit Package. This review allowed the authors for the first time to identify areas of non-compliance of health regulations with the CRPD provisions and prepare a number of recommendations to minimize thereof.

Keywords: convention; right; law; disabled person; disability; person with disabilities; health; health care.

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает, что более миллиарда человек, или около 15 % населения мира, живут с какой-либо формой инвалидности. Число лиц с инвалидностью имеет устойчивую тенденцию к росту доли пожилых людей и больных с хроническими заболеваниями, например, неинфекционными заболеваниями (НИЗ).

В Кыргызстане с численностью постоянно населения свыше 6,5 млн человек на 1 января 2020 года проживало 193,7 тыс. ЛОВЗ, или 2,97 %, из них дети с ОВЗ – 32,0 тыс., что составляет 1,27 % от детского населения. Согласно данным Статкомитета СНГ (2018 г.), показатели инвалидности составляют в Азербайджане – 6,4 %, Армении – 6,45 %, Молдове – 5,05 %, Украине – 6,2 %, Беларуси – 5,95 %, России – 8,25 %, Казахстане – 2,86 %, Таджикистане – 1,66 %, Узбекистане – 2,08 %. По данным Национального статистического Комитета Кыргызской Республики, ежегодно впервые признаются ЛОВЗ около 11 тыс. человек в: 2016 г. – 11 260 человек, 2017 г. – 10 949 человек, 2018 г. – 10 700 человек, 2019 г. – 11 035 человек, 2020 г. – 8 785 человек.

Для защиты и обеспечения полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрение уважения присущего им достоинства, Генеральной Ассамблеей Организации Объединённых Наций в 2006 году принята Конвенция о правах инвалидов (далее – КПИ).

В марте 2019 года Кыргызская Республика ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов, что в значительной мере активизировало в стране усилия по повышению доступа и обеспечения надлежащими качественными услугами здравоохранения для людей с инвалидностью.

Введение. В Кыргызстане в сфере инвалидности применяется несколько терминов для обозначения человека, имеющего статус инвалидности: национальный термин из отечественного законодательства – «лицо с ограниченными возможностями здоровья, ЛОВЗ»; «person with

disabilities, лицо с инвалидностью» – англоязычный термин, применяемый в том числе Всемирной организацией здравоохранения; «инвалид» – термин советского периода, который продолжает применяться на постсоветском пространстве, а также в некоторых международных документах. Так, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006 г.) официально переведена на русский язык как «Конвенция о правах инвалидов», и в ней применяется термин «инвалид». Поэтому в данной статье использованы все термины в контексте обзора соответствующих документов.

Конвенция о правах инвалидов признает важность для инвалидов «доступности физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, а также информации и связи, поскольку она позволяет инвалидам в полной мере пользоваться всеми правами человека и основными свободами».

Рост числа лиц с инвалидностью во всем мире предопределило создание и дальнейшее совершенствование правовых международных механизмов по обеспечению защиты прав и свобод лиц с инвалидностью, что послужило толчком к принятию ряда документов: Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971 г.), Декларация о правах инвалидов (1975 г.), Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982 г.), Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993 г.) [1]. Указанные документы получили свое развитие в Конвенции о правах инвалидов и в Факультативном протоколе к ней, принятые Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. [2].

Цель КПИ «заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства».

Российские авторы акцентируют, что «...Конвенция не создает никаких новых прав, лишь разъясняет обязательства государств в отношении существующих гражданских,

культурных, экономических, политических и социальных прав инвалидов» [1]. КПИ значительное внимание отводит правам и свободам инвалидов, и в равной мере – обязательствам государств по их обеспечению.

Обзор положений КПИ. КПИ состоит из 50 статей, начальные из которых посвящены целям, общим принципам, обязательствам и мерам для создания государствами благоприятных условий по обеспечению прав и свобод инвалидов. С 31 по 50 статьи КПИ касаются статистики инвалидности, укреплению международного сотрудничества и организации международного и национального мониторинга.

1 статья определяет цель КПИ и определение термина «инвалид». КПИ к инвалидам относит «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]. В КПИ «инвалидность» признается эволюционирующим понятием, основывающимся на динамичном подходе, который может меняться в зависимости от времени и различных социально-экономических условий. Для наиболее полного и эффективного осуществления КПИ в каждой стране крайне важно, чтобы определение инвалидности в национальном законодательстве отражало понимание инвалидности как социального и динамичного явления [2].

Вторая статья разъясняет определения «общение», «язык», «дискриминация по признаку инвалидности», «разумное приспособление», «универсальный дизайн».

Третья статья излагает общие принципы КПИ: уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности и независимости; недискриминация; полное и эффективное вовлечение и включение в общество; уважение особенностей инвалидов и их принятие как проявление людского многообразия и части человечества; равенство возможностей; доступность; равенство мужчин и женщин; уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность [2].

Четвертая статья посвящена общим обязательствам государств-участников. КПИ налагает на государства обязательства принимать все соответствующие меры по соблюдению прав инвалидов наравне с другими людьми. КПИ гарантирует признание прав инвалидов и запрещает пытки, эксплуатацию, насилие и жестокое обращение и защищает жизнь, свободу и безопасность. Подтверждает право на свободу передвижения, свободу выражения мнения и право на неприкосновенность частной жизни, доступ к правосудию, к информации, свободу и личную неприкосновенность. КПИ признает особые права детей и женщин-инвалидов, которым посвящены отдельные статьи (6 и 7), в которых акцентируются «надлежащие меры для обеспечения всестороннего развития, улучшения положения и расширения прав и возможностей женщин» и «Во всех действиях в отношении детей-инвалидов первоочередное внимание уделяется высшим интересам ребенка» [2]. В статьях 8–30 КПИ детализировано определены права и свободы инвалидов и мерах во всех сферах социально-экономической деятельности государств-участников по их обеспечению.

Важным представляется статья 33 – «Национальное осуществление и мониторинг», в которой определена необходимость создания в каждой стране структур и координационных механизмов для содействия соответствующей работе КПИ в различных секторах и на различных уровнях, с обязательным представительством инвалидов и гражданского сообщества из принципа «ничего о нас, без нас».

В 34 статье КПИ учреждает Комитет по правам инвалидов, уполномоченный получать и рассматривать периодические доклады, представляемые государствами-участниками. Согласно Факультативному протоколу к Конвенции, отдельные лица и группы лиц могут доводить до сведения Комитета утверждения о нарушении любых положений Конвенции. Факультативный протокол также разрешает Комитету проводить расследования в странах при наличии достоверных свидетельств грубых или систематических нарушений прав инвалидов [2].

КПИ в системе здравоохранения Кыргызстана. Современное понимание инвалидности

связано с уровнем взаимодействия людей со стойкими нарушениями здоровья с личными и окружающими факторами, например, такими как негативное отношение, недоступная среда и ограниченная социальная поддержка. То есть, в абсолютном большинстве исходной точкой инвалидности является нарушение здоровья человека, который нуждается в медико-санитарной или медико-социальной помощи, в доступных услугах здравоохранения [3; 4].

КПИ в статье 25 «Здоровье» определяет, что «Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья».

Наивысший достижимый уровень доступа к услугам здравоохранения обеспечивается через набор бесплатных или льготных государственных программ здравоохранения, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья, и программ профилактики, скринингов и ранней диагностики, восстановительного лечения и медицинской реабилитации; через максимальное приближение услуг здравоохранения к месту жительства.

Принятые в Кыргызстане законы, постановления Правительства, государственные программы и стратегии системы здравоохранения во многом соответствуют указанным в КПИ принципам [5; 6]. Так, доступность и всеобщий охват населения услугами здравоохранения и социальной защиты обеспечиваются через систему социальных стандартов согласно Закону Кыргызской Республики от 26 мая 2009 года № 170 «О гарантированных государственных минимальных социальных стандартах». Данным Законом, социальный стандарт определен как минимальный уровень гарантий предоставления общедоступных, бесплатных и льготных социальных услуг, и выплат, порядок и перечень которых, утверждается Правительством КР. В секторе здравоохранения минимальным социальным стандартом является базовое государственное медицинское страхование для гарантированного обеспечения

качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий.

Закон Кыргызской Республики от 9 января 2005 года № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» определяет основные принципы государственной политики в области охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике как «соблюдение прав граждан на охрану здоровья» и как «социальная справедливость, равенство, доступность медико-санитарной и санитарно-профилактической помощи». Последнее положение реализуется также через Программу государственных гарантий, которая утверждена постановлением правительства (далее – ПГГ). ПГГ включает гарантированные объем, виды и условия предоставления медико-санитарной помощи гражданам в Кыргызской Республике на всех уровнях оказания медико-санитарной помощи. ПГГ определяет место оказания, круг специалистов, объемы и виды медико-санитарной помощи, перечень льготных категорий по клиническим показаниям и социальному статусу. Перечень льготных категорий по социальному статусу составлен из 30 категорий из числа уязвимых групп населения. Среди них пожилые граждане, в том числе имеющие особые привилегии по 10 позициям (33,3 %), ЛОВЗ и дети с ОВЗ разных причин – шесть позиций (20 %), лица, имеющие особые заслуги по пяти позициям (16,7 %), дети по трем позициям (10 %), шесть позиций (20 %) – другие различные категории из числа уязвимых групп. Следует отметить, что указанный перечень включает лиц, имеющих заслуги советского периода. Восстановительная и физиотерапевтическая помощь оказывается бесплатно ЛОВЗ 1–2 группы и детям с ОВЗ, и в размере 50 % от стоимости услуги для ЛОВЗ 3 группы.

ВОЗ настоятельно рекомендует странам мира усиливать и развивать свои системы здравоохранения, так как люди с инвалидностью не получают должной медицинской помощи, а также в два раза чаще сталкиваются с неадекватностью навыков медперсонала и медучреждений. Они почти в три раза вероятнее могут столкнуться с отказом в медицинской помощи, и в четыре чаще сталкиваются с плохим обращением [7].

В Кыргызстане, в оказании медико-санитарной помощи детям с ОВЗ и ЛОВЗ имеются следующие барьеры и риски в рамках ПГГ:

- специальный перечень дорогостоящих манипуляций или исследований бесплатно доступен только для категории «инвалид Великой Отечественной войны»;
- бесплатные или льготные госпитализации для ЛОВЗ и детей с ОВЗ ограничены двумя госпитализациями в год;
- паллиативная помощь ограничена выпиской обезболивающих лекарственных средств;
- льготное лекарственное обеспечение лимитировано перечнем заболеваний, основная часть которых не формирует инвалидность. Важным представляется практическое отсутствие льготного обеспечения изделиями медицинского назначения и средствами по уходу в виде одноразовых впитывающих средств (подгузники, пеленки, простыни и др.);
- в рамках реализации ПГГ с 2001 г. проводится мониторинг качества лечения одних и тех же нозологий (язвенная болезнь, бронхиальная астма, железодефицитная анемия, острые кишечные и респираторные болезни и др.), которые не формируют основной массив инвалидности. Включение в мониторинг качества лечения до 3–5 % от первично признанных ЛОВЗ и детей с ОВЗ (по стране: по взрослым эта цифра составит не больше 500 человек, по детям – до 200 человек в год), может позволить значительно улучшить качество медицинской помощи лицам с инвалидностью.

Отдельная статья КПИ (ст. 26) посвящена абилитации и реабилитации (примечание: в национальное законодательство Кыргызстана не введен термин «абилитация»). Положения данной статьи являются базовыми для реализации государственных мер по социальной интеграции инвалидов: «Государства-участники организуют, укрепляют и расширяют комплексные абилитационные и реабилитационные услуги и программы, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания...».

Важным методологическим аспектом КПИ является пункт (а) данной статьи, в котором указано, что в странах программы абилитации

и реабилитации «начинали реализовываться как можно раньше и были основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида». Этот пункт является прямой отсылкой к Международным классификациям функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001 г.), которая входит в семейство международных классификаций Всемирной организации здравоохранения, и позволяет проводить многопрофильную оценку уровня функционирования, жизнедеятельности и статуса окружающей среды любого человека в градации показателей от 0 % до 100 % [8].

МКФ при формировании программ абилитации или реабилитации, дает возможность рационально и эффективно строить социальные стратегические программы каждой страны или региона, путем простого суммирования потребностей инвалидов в абилитационных или реабилитационных мерах различных видов – пассивных (пособия, компенсации, льготы) и активных (ассистивные устройства, инклюзивное развитие и образование, реабилитационные центры и др.)

Принятая в 2006 году, КПИ послужила своеобразным пусковым механизмом для принятия или развития законодательства по правам инвалидов, более чем в 50 странах мира. В Кыргызстане принят Закон от 3 апреля 2008 года № 38 «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья», который регламентирует вопросы социальных и политических прав ЛОВЗ; охраны здоровья и труда, трудовой деятельности, культурно-образовательной интеграции ЛОВЗ в общество; права на доступ к объектам инфраструктуры, реабилитации ЛОВЗ, и как ключевой Закон в отношении ЛОВЗ, определяет государственную политику по обеспечению равных возможностей в реализации конституционных прав и свобод [9; 10].

С принятием этого Закона понятия в сфере инвалидности приведены в соответствие с общепризнанной международной практикой, в основе которой лежит КПИ. Например, трансформирован термин «инвалид» в термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья, ЛОВЗ», введено понятие «основные категории ограничения жизнедеятельности», что позволило при процедуре медико-социальной экспертизы предусматривать не только оценку трудоспособности,

но и состояние других категорий жизнедеятельности человека (способности к общению, контролю своих действий, обучению, ориентации, самообслуживанию, мобильности) [10].

Закон претерпел три редакции (от 30 декабря 2009 года № 319, от 29 апреля 2016 года № 52, от 8 июня 2017 года № 100), которые ввели отдельные положения по применению факсимильной подписи, услуг сурдопереводчиков, по инклюзивному образованию детей с ОВЗ и др. Нововведения касались реализации прав и гарантий отдельных категорий ЛОВЗ, но не касались методологической сути инвалидности: отдельные статьи и положения данного Закона, а возможно и всего нормативного документа, требуют пересмотра.

Так:

- термин «инвалидность» описан как устойчивый социально-юридический статус, который определяется у лиц с наличием «стойких физических, психических или умственных нарушений» (не указаны «сенсорные нарушения»). Нет методологической сути термина как динамичной биопсихосоциальной модели инвалидности, которая по КПИ учитывает нарушения здоровья, отношенческие и средовые барьеры, уровень социальной интеграции. Сущность этого фундаментального термина должна быть основой всей государственной политики в отношении лиц с инвалидностью;
- термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья, ЛОВЗ, Ребенок с ОВЗ» не соответствует современной биопсихосоциальной модели инвалидности в соответствии с КПИ. В кыргызском сегменте документов по инвалидности встречаются различные термины, заимствованные из документов ближнего и дальнего зарубежья. Кыргызстан – единственная страна, где принят данный термин – ЛОВЗ. В вновь принятой Конституции КР сохранен данный термин (ст. 44, 3 абзац);
- термин «медико-социальная экспертиза» описан как оценка трудоспособности, без описания оставшихся основных категорий жизнедеятельности, что может влиять на корректность медико-социальную

экспертизу граждан вне трудоспособного возраста (детей и пенсионеров). Кроме того, в Законе не отражена процедура оценки инвалидности, тогда как в подзаконном акте медико-социальной экспертизы дано другое определение: «установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина, в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности и его реабилитационного потенциала»;

- не введены термины «абилитация» и «раннее выявление, раннее вмешательство» как главные инструменты профилактики детской инвалидности. При этом системы здравоохранения и социального развития активно работают в этом направлении. В случае пересмотра данного Закона необходимо включение отдельных положений, так как абилитация и реабилитация детей с ОВЗ направлена на развитие и образование ребенка и зависит от специфики детского возраста, необходимости учитывать периоды формирования высших психических функций, усвоения знаний и навыков, становления ребенка как личности;
- не введен термин ассистивных устройств и технологий по КПИ, который в сопредельных странах (Россия, Казахстан, Беларусь и др.) определен как «технические средства реабилитации, ТСР». Включение и четкое определение данного термина необходимо для развития и эффективного управления системой производства, обеспечения и мониторинга ТСР;
- в шестой статье определено, что «право ЛОВЗ на социальную защиту возникает с момента установления группы инвалидности». Это приводит к ущемлению прав человека на социальную защиту, не имеющих официальный юридический статус инвалидности. Тогда как любое лицо с ограниченными возможностями здоровья и ограничениями жизнедеятельности должно иметь базовые гарантии социальной защиты по реабилитации и интеграции в общество. Социально-юридический статус инвалидности предполагает получение социальных пособий, компенсаций и услуг, гарантированных

государством, тогда как понятие социальной защиты ЛОВЗ, а тем более детей с ОВЗ, должно быть шире, чем получение только денежных пособий;

- статья 26 «Профилактика и предупреждение инвалидности» определяет меры по профилактике инвалидности в рамках плана ВОЗ по реализации Европейской стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями, то есть только у взрослых и только при неинфекционных заболеваниях.

Вышеописанные нормативные недочеты во многом определяют недостаточность обеспечения лиц с инвалидностью всеобщим охватом услугами здравоохранения. Тогда как ВОУЗ, или всеобщий охват услугами здравоохранения, является основополагающим принципом систем здравоохранения всех стран, в том числе Кыргызстана, для обеспечения прав на медицинскую помощь лиц с инвалидностью.

Понимая необходимость развития нормативных актов и социальной политики, все страны продолжают укреплять свои действия и инструменты по обеспечению прав и свобод инвалидов на основе международных рекомендаций, таких как, например, «Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью» (2014 г.) или Стратегия Организации Объединенных Наций по интеграции инвалидов (2019 г.). Новые вызовы мировой экономической системы, подобные COVID-19, вызывают необходимость развития и коррекции многих рекомендаций по обеспечению прав и свобод инвалидов.

Выводы. Таким образом, с ратификацией в Кыргызстане Конвенции о правах инвалидов и с появлением новых международных рекомендаций и правил в сфере обеспечения прав и свобод инвалидов для всех уровней государства, начиная от первичного, на уровне сообщества, до высшего уровня, на уровне правительств, появляются новые потребности в развитии существующих нормативных актов сферы инвалидности в Кыргызстане, в том числе в системе здравоохранения, с последующим их продвижением и мониторингом реализации.

Поступила: 26.11.21; рецензирована: 09.12.21;
принята: 14.12.21.

Литература

1. *Абашидзе А.Х.* Международно-правовые основы защиты прав инвалидов / А.Х. Абашидзе, В.С. Маличенко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. № 1. С. 32–36.
2. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006 г. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 20.10.2021).
3. Обзор системы социальной защиты Кыргызстана. 2018. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264305656-ru.pdf?expires=1612193844&id=id&accname=guest&checksum=47F5085FD81EE61B37E077B957C86E09> (дата обращения: 29.10.2021).
4. Отчет о выявлении негативных стереотипов в отношении женщин и мужчин с инвалидностью и сельских женщин. 2018. URL: https://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/demgov/UNDP-KG_Research_stereotypes.pdf (дата обращения: 09.11.2021).
5. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 20 ноября 2015 года № 790. URL: <http://foms.kg/page/programmagosgarantiy> (дата обращения: 10.11.2021).
6. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна». Постановление Правительства Кыргызской Республики от 20 декабря 2018 года № 600. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/12976> (дата обращения: 10.11.2021).
7. Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью / Всемирная организация здравоохранения. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-ru.pdf?ua=1&ua=1 (дата обращения: 26.11.2021).
8. International Classification Function, Disability and Health, 2001. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85930/9241545445_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата обращения: 26.11.2021).
9. Закон Кыргызской Республики «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008 года № 38.
10. *Качыбекова Л.И.* Аналитический обзор нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность системы медико-социальной экспертизы Кыргызстана / Л.И. Качыбекова // Научные ведомости Белгородского университета. 2018. № 3. Т. 41. С. 457–463.