



СТИПЕНДИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
«НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ
ПРАВООЗАЩИТНИКОВ»

ИРРА БОБКОВА

**ПРАВО ЖЕНЩИН
С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В КАЗАХСТАНЕ
НА РЕПРОДУКТИВНУЮ
АВТОНОМИЮ В СВОБОДНОМ
ВЫБОРЕ КОНТРОЛЯ
ДЕТОРОЖДЕНИЯ**

Алматы
2018

Стипендиальный проект «Новое поколение правозащитников» Программы «Права человека» Фонда Сорос-Казахстан направлен на поиск и подготовку молодых правозащитников, способных разрабатывать качественные аналитические доклады и отчеты и готовых предпринять различные мониторинговые и адвокационные действия по оценке ситуаций, связанных с защитой прав человека в Казахстане, с долгосрочной целью содействия становлению нового поколения правозащитников.

В рамках проекта участники проходят серию тренингов по основам защиты прав человека, подготовке мониторинговых исследований и разработке адвокационных стратегий. Полученные в рамках проекта знания и навыки участники используют при подготовке мониторинговых исследований и адвокационных планов по выбранным темам в сфере защиты прав человека.

Точка зрения автора, отраженная в данном исследовании, может не совпадать с точкой зрения Фонда Сорос-Казахстан. Ответственность за факты, сведения, суждения и выводы, содержащиеся в публикации, несет автор.

Ирра Бобкова – руководитель общественного фонда «TANDAU», работает в неправительственном секторе 14 лет. Специализация – проектный менеджер, основное образование – бакалавр социальной работы. На данный момент сконцентрирована на правозащитной деятельности, касающейся прав и свобод людей с инвалидностью, а также на реализации проектов, направленных на обучение навыкам самоадвокатирования социально уязвимых групп населения посредством онлайн-продуктов (вебинары, дистанционные курсы, электронные обучающие материалы и другое). Выпускница стипендиального проекта Фонда Сорос-Казахстан «Новое поколение правозащитников. 2018 Учебный год».

1. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ВОПРОС

Первая попытка закрепить репродуктивные права была предпринята в 1968 году на Международной конференции по правам человека в Тегеране. В итоговом документе конференции обозначены актуальные проблемы в мире на тот момент, связанные с правами человека, и рекомендации по изменению ситуации. Одним из таких моментов стал пункт о защите семьи и ребенка в формулировке «родители обладают неотъемлемым правом свободно и с чувством ответственности определять число детей и сроки их рождения»¹.

Дальнейшее формирование понимания репродуктивных прав происходило на Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году в Каире и на Всемирной конференции по положению женщин в 1995 году в Пекине. Международное сообщество сплотилось, чтобы гарантировать наличие в документах, принятых в рамках этих встреч, провозглашения центрального места репродуктивных прав в международном праве и изложения мер по защите данных прав². На Каирской конференции, помимо комплексного освещения репродуктивных прав, было сформулировано основное право супружеских пар и отдельных лиц свободно и ответственно решать вопрос о числе своих детей и продолжительности периода между их рождением, а также право на получение необходимой для этого информации, образования и средств³. Пекинская декларация и Платформа действий в свою очередь дают определение репродуктивного здоровья⁴ и еще более конкретизируют понимание репродуктивных прав — «признает основное право всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества детей, интервалов между их рождением и временем их рождения, располагать для этого необходимой информацией и средствами и право на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья»⁵.

Казахстан, как и другие страны, закрепил понимание репродуктивных прав на законодательном уровне. В 2004 году был принят Закон «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления»⁶, который утратил силу в 2009 году в связи с принятием Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»⁷, который вобрал в себя большинство законов, регулирующих правоотношения в сфере здравоохранения. На данный момент Кодексом закреплены следующие репродуктивные права:

- 1) свободный репродуктивный выбор;
- 2) получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;
- 3) получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;

- 4) лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан;
- 5) донорство половых клеток, ткани репродуктивных органов;
- 6) использование и свободный выбор методов контрацепции;
- 7) хирургическая стерилизация;
- 8) искусственное прерывание беременности;
- 9) защита своих репродуктивных прав;
- 10) свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;
- 11) хранение половых клеток, ткани репродуктивных органов, эмбрионов.

Упрощая, репродуктивное право – это право принимать свободные и самостоятельные решения о своем репродуктивном здоровье, в том числе о рождении детей, времени их рождения и интервалах между родами, а также право на получение информации по этим вопросам. «Свободные и самостоятельные» означает, что решения принимаются без дискриминации, угроз и насилия.

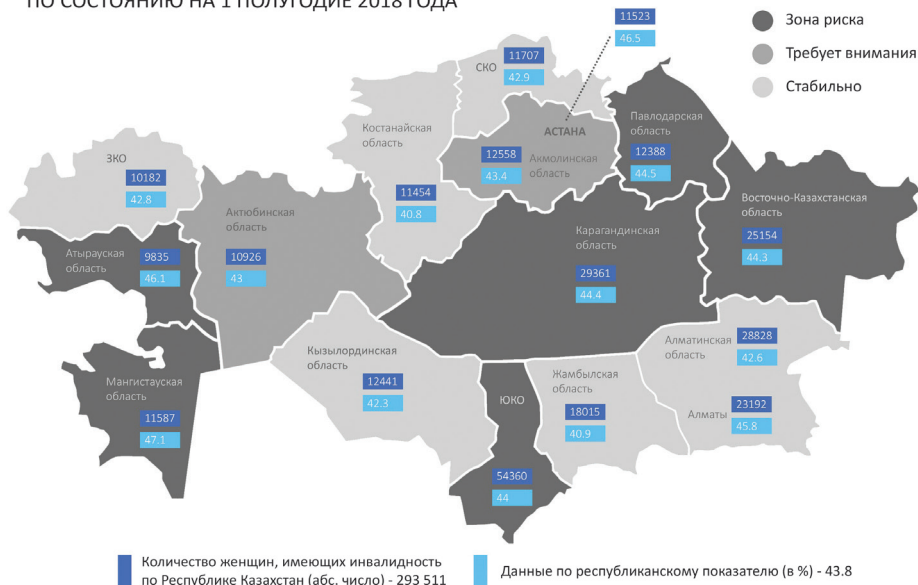
Несмотря на законодательно закрепленные репродуктивные права, по факту в Казахстане установлены повсеместные случаи принуждения женщин с инвалидностью использовать контрацептивы для предотвращения беременности, принуждения к абортам; а также случаи принудительной стерилизации женщин, лишенных дееспособности по факту наличия диагноза с психическим расстройством⁸ (принудительная стерилизация происходит, когда человека стерилизуют после отказа от данной процедуры, без информирования о ней или без возможности дать информированное согласие).

Показательными в данном случае являются статистические данные. С 2013 по 2017 годы в Казахстане были рождены 1 975 979 детей⁹. По состоянию на 1 июня 2017 года за 5 лет зарегистрировано 776 случаев рождения ребенка женщинами, имеющими инвалидность¹⁰, то есть 0,04% от общего количества детей. Стоит отметить, что количество женщин фертильного возраста в Казахстане на начало 2018 года составляло 48,5%¹¹. Упрощая, 142 тысячи женщин фертильного возраста¹² (см. Рисунок 1), имеющих инвалидность, за последние 5 лет родили 776 детей, то есть в Казахстане только каждая 183-я женщина с инвалидностью (0,5% женщин с инвалидностью фертильного возраста) реализует свое право на самостоятельное материнство.

Казахстан ратифицировал Конвенцию ООН о правах людей с инвалидностью три года назад [в 2015 году], приняв на себя обязательства по импле-

ментации международных стандартов в отношении людей с инвалидностью. Согласно Конвенции, государство обязано принимать эффективные меры, позволяющие женщинам с инвалидностью самостоятельно принимать решения относительно своего сексуального и репродуктивного здоровья. Крайне важно, чтобы все женщины с инвалидностью были защищены от принудительных абортов, контрацепции или стерилизации против их воли или без их осознанного согласия. Перечисленные вмешательства в репродуктивную систему женщин основываются на праве на наивысший достижимый уровень здоровья, охрану здоровья, недискриминацию, уважение физической и психической целостности и др.

КОЛИЧЕСТВО ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 ПОЛУГОДИЕ 2018 ГОДА



1975979 ДЕТЕЙ

РОДИЛИСЬ В КАЗАХСТАНЕ
С 2013 ПО 2017 ГОД

1975203 ДЕТЕЙ

РОДИЛИ ЖЕНЩИНЫ, НЕ
ИМЕЮЩИЕ ИНВАЛИДНОСТЬ

776 ДЕТЕЙ

РОДИЛИ ЖЕНЩИНЫ,
ИМЕЮЩИЕ ИНВАЛИДНОСТЬ

КАЖДАЯ **183** ЖЕНЩИНА С
ИНВАЛИДНОСТЬЮ
ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ИЛИ

0,5% ЖЕНЩИН С
ИНВАЛИДНОСТЬЮ
ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

РЕАЛИЗУЕТ СВОЕ ПРАВО НА САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ МАТЕРИНСТВО

Рисунок № 1.

Ситуация по рождению детей женщинами, имеющими инвалидность, в Республике Казахстан.

В Казахстане наблюдаются факты нарушения законодательства в сфере вмешательства в законное право женщин с инвалидностью на рождение ребенка, о чем свидетельствуют публикации в СМИ¹³. Принуждая женщин к абортam, стерилизации, контрацепции, медицинские работники попирают не только право на здоровье и планирование семьи¹⁴, но и право на свободу и неприкосновенность, личную жизнь, свободу от дискриминации, право на свободу от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, к которым относится стерилизация без согласия женщины¹⁵. Специальный докладчик ООН по правам людей с инвалидностью Каталина Девандес отметила наличие фактов принудительной стерилизации женщин с инвалидностью по итогам своего визита в Казахстан в 2017 году. На данный момент в случае приобретения широкомасштабного или систематического характера принудительная стерилизация может приобрести статус «преступление против человечности»^{16,17}.

«Эта практика существует не только в Казахстане. С ней сталкиваются женщины, и в особенности — молодые женщины и девочки, по всему миру. Существуют законы, которые допускают процедуру стерилизации, принудительные аборты и принудительную контрацепцию. Для этого требуется разрешение официального опекуна. Согласие же самих женщин не требуется»¹⁸.

Специальный докладчик ООН по правам людей с инвалидностью Каталина Девандес

Об актуальности проблемы в мире говорит тот факт, что 5 сентября 2018 года Комитет ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин и Комитет по правам людей с инвалидностью выступили с совместным заявлением о доступе к безопасным и законным абортam, а также соответствующим услугам и информации, которые являются важными аспектами репродуктивного здоровья женщин. Доступ к таким услугам является обязательным условием для защиты прав женщин на жизнь, здоровье, равенство перед законом и равную защиту закона, без дискриминации, на информацию, неприкосновенность частной жизни, физическую неприкосновенность и свободу от пыток и жестокого обращения.

«Государства должны обеспечить, чтобы женщины имели доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья без какой-либо дискриминации. Государствам следует также признать, что решения женщин об их собственных органах являются личными и частными, а автономия женщины лежит в центре политики и законотворчества, связанных с услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья»¹⁹.

Председатель Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин Далия Лейнарте

2. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

(ИНДИКАТОРЫ ПРАВА, ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗУЧЕНИЮ В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Для исследования о праве женщин с инвалидностью в Казахстане на репродуктивную автономию в свободном выборе контроля деторождения были выбраны следующие индикаторы права:

1. Государство обеспечивает женщин с инвалидностью возможностью самостоятельно принимать решения о количестве детей, времени и интервале между родами, которые:

- а) [решения] основаны на полной и доступной информации;**
- б) [решения] основаны на свободном выборе без психологического прессинга со стороны медицинских работников или затягивания (в том числе отказа) в постановке на учет по беременности.**

Женщины с инвалидностью должны быть обеспечены правом на свободный (без принуждения) репродуктивный выбор, планирование семьи, охрану репродуктивного и сексуального здоровья; но, к сожалению, в Казахстане женщины с инвалидностью не только недополучают информацию о планировании семьи для своевременной подготовки к беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка, но и сталкиваются с психологическим прессингом со стороны медицинских работников или затягиванием (в том числе отказом) в постановке на учет по беременности.

2. Государство предоставляет женщинам с инвалидностью возможность самостоятельно родить ребенка, предоставляя квалифицированных медицинских работников, имеющих навыки ведения беременности с экстрагенитальными диагнозами.

Для медицинских работников во главу угла встает отчетность по индикаторам материнской и перинатальной²⁰ смертности и доля беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, которые являются медицинскими противопоказаниями к беременности. Оборудование и квалифицированные кадры, необходимые для ведения беременности женщин с инвалидностью, являются прерогативой областных центров и городов республиканского значения. Зачастую медицинские работники принуждают женщин с инвалидностью к аборту, чтобы минимизировать риск «испортить» статистику.

3. Государство считает, что наличие инвалидности у женщин не является медицинским показанием к прерыванию беременности или проведению стерилизации.

Списки медицинских показаний к проведению аборта и стерилизации несут дискриминационный характер, так как на 80-85% состоят из диагнозов, носители которых имеют статус инвалидности. Даже в том случае, если диагноз отсутствует, врачи используют для убеждения женщин в проведении процедуры «похожие диагнозы» или такие пункты, как «другие заболевания», дающие возможность для безграничной интерпретации.

3. МЕТОДОЛОГИЯ

(ОПИСАНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ ВЫБРАННОЙ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ОСНОВАНИИ ПОДЛЕЖАЩИХ ИССЛЕДОВАНИЮ ИНДИКАТОРОВ ИЗУЧАЕМОГО ПРАВА)

Для исследования каждого индикатора права использовались следующие подходы:

Форма	Определение
Анализ международного законодательства	Изучение понимания данного права в контексте международных стандартов
Анализ национального законодательства	Изучение всех действующих нормативно-правовых актов, касающихся тематики исследования
Анализ казахстанской правоприменительной практики через проведение интервью:	Сбор и анализ фактажа для сопоставления реальной картины с алгоритмами действий медицинских работников, закрепленными на законодательном уровне
- интервью женщин с инвалидностью;	Не менее 10 человек
- интервью с медицинскими работниками (гинекологами);	Не менее 5 человек
- консультации с экспертами по вопросам лиц с инвалидностью	Не менее 3 человек
Анализ узкоспециализированной литературы по тематике исследования	Изучение ситуации с реализацией данного права в других странах и рекомендаций

4. АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ИНФОРМАЦИОННОЙ ЗАПИСКИ)

Данное исследование начинается с истории формирования понятийного аппарата репродуктивного права (См. Раздел № 1 «Исследовательский вопрос»), которое получило конкретику в формулировке только в 1994-1995 гг. Поэтому как таковое отдельное репродуктивное право отсутствует во Всеобщей декларации прав человека, но, безусловно, понимание репродуктивного права основано на базовых правах, отраженных в декларации, например право на свободу и личную неприкосновенность²¹, право на брак²², здоровье²³, право на свободу от пыток²⁴, а также свободу от дискриминации²⁵.

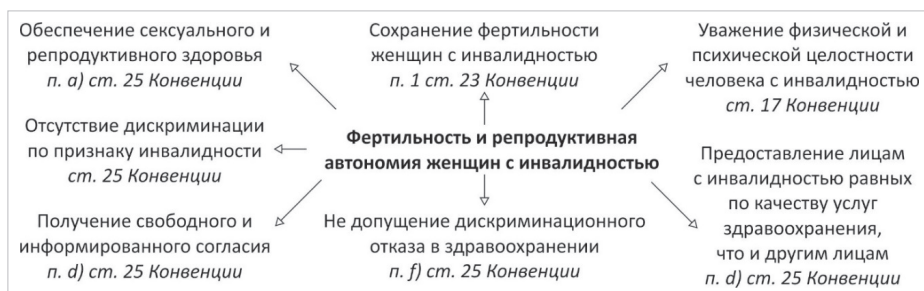


Рисунок № 2.

Положения Конвенции о правах людей с инвалидностью, касающиеся права на фертильность и репродуктивную автономию женщин с инвалидностью.

В пункте 1 статьи 23 Конвенции о правах людей с инвалидностью говорится о том, что государства-участники должны принимать эффективные и надлежащие меры для устранения дискриминации в отношении женщин с инвалидностью во всех вопросах, касающихся материнства, стремясь при этом обеспечить, чтобы данная группа населения, наравне с другими, сохраняла свою фертильность²⁶. Ниже в тексте Конвенции в статье 25 сделан отдельный акцент на признании государствами-участниками права человека на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности, то есть государства-участники обязаны принимать все надлежащие меры для обеспечения доступа женщин с инвалидностью к услугам в сфере здравоохранения, в частности обеспечивать им тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья и по линии предлагаемых населению государственных программ здравоохранения²⁷. Далее в этой же статье отражено недопущение дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области²⁸, а также требование для специалистов системы здравоохранения предоставлять лицам с инвалид-

ностью услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах лиц с инвалидностью²⁹. К репродуктивным правам также имеет прямое отношение статья 17 Конвенции «Защита личной целостности» о праве на уважение физической и психической целостности человека с инвалидностью наравне с другими³⁰.

Красной нитью в данных статьях Конвенции проходят уважение человеческого достоинства, самостоятельности и независимости, включая свободу делать свой собственный выбор, недискриминация; уважение особенностей людей с инвалидностью и их принятие в качестве компонента людского многообразия³¹. Нарушение права на фертильность и репродуктивную автономию женщин с инвалидностью представляет собой любые медицинские процедуры или вмешательство, осуществляемые без свободного и информированного согласия, в том числе процедуры и вмешательства, связанные с контрацепцией, абортами, принудительной стерилизацией; калечащие операции на женских половых органах, а также оперирование интерсекс-детей без их осознанного согласия. Все вышеперечисленное является формами насилия и надругательства над женщинами с инвалидностью, свобода от которых прописана в статье 16 Конвенции³².

Помимо Конвенции о правах людей с инвалидностью, право на телесную целостность и право женщины самостоятельно принимать решения в отношении собственной репродуктивной функции закреплены целым рядом международных инструментов в области прав человека: Международный пакт о гражданских и политических правах (ст. 7, 17), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (ст. 10), Конвенция по искоренению всех форм дискриминации против женщин (ст. 16) и других.

Европейская конвенция по правам человека в свою очередь не затрагивает конкретный термин «инвалидность», но запрещает дискриминацию по какому-либо признаку³³, а также оговаривает право на вступление в брак для всех³⁴ и уважение личной и семейной жизни³⁵. Касательно стерилизации³⁶ используется статья о недопущении подвержению пыткам, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию³⁷. В целом Европейский суд по правам человека в своих делах использует ссылки на Конвенцию о правах людей с инвалидностью.

Также в сфере репродуктивного права людей с инвалидностью на международном уровне имеется ряд рекомендательных норм (руководства, декларации, принципы и др.). В связи с этим стоит отметить Всемирную программу действий в отношении людей с инвалидностью (рекомендует изменение системы социального обеспечения с целью охраны здоровья женщин с инвалидностью³⁸); Стандартные правила обеспечения равных возможностей для людей с инвалидностью (рекомендуют содействовать изменению негативных стере-

отипов в вопросах брака людей с инвалидностью, их половой жизни и права иметь детей, которые все еще существуют в обществе, особенно в отношении женщин, имеющих инвалидность³⁹); Пекинскую Декларацию и Платформу Действий, которые дают определение насильственной стерилизации в качестве акта насилия и подтверждают права женщин, в том числе женщин с инвалидностью, создавать и поддерживать семью, достигать наивысшего уровня сексуального и репродуктивного здоровья и принимать решения в отношении рождения детей, не подвергаясь дискриминации, принуждению и насилию⁴⁰.

В структуре Генеральной Ассамблеи ООН существует ряд Комитетов, деятельность которых косвенно либо напрямую связана с защитой права на фертильность и репродуктивную автономию женщин с инвалидностью:

1. Комитет по правам людей с инвалидностью рекомендует государствам принятие законодательных положений о запрете хирургического вмешательства и лечения без предоставления полного и информированного согласия со стороны пациента⁴¹.
2. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам заявляет, что насильственная стерилизация девочек и женщин с ограниченными возможностями является нарушением статьи 10 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, которая защищает семью⁴².
3. Комитет по правам человека рассматривает вопрос запрета насильственной стерилизации в составе Международного Пакта о гражданских и политических правах благодаря статье 7, которая запрещает пытки, жестокое, бесчеловечное или унижающее человеческое достоинство обращение; статье 17, обеспечивающей право не подвергаться вмешательству в личную жизнь; и статье 24, обязывающей обеспечение особой защиты для детей⁴³.
4. Комитет противодействия пыткам рекомендует государствам предпринимать срочные меры по проведению незамедлительного, беспристрастного, тщательного и эффективного расследования всех заявлений о недобровольной стерилизации женщин, подвергать судебному преследованию и наказывать виновников, а также обеспечивать жертвы справедливой и адекватной компенсацией⁴⁴.
5. Комитет по правам ребенка определяет насильственную стерилизацию девочек с инвалидностью в качестве формы насилия⁴⁵ и замечает, что страны – участники Конвенции прав ребенка должны запретить законодательно насильственную стерилизацию девочек с инвалидностью⁴⁶. Комитет также поясняет, что принцип «лучших интересов ребенка» не может быть использован для оправдания действий, которые нарушают человеческое достоинство ребенка и право на физическую целостность⁴⁷.
6. Комитет по искоренению всех форм дискриминации в отношении женщин считает насильственную стерилизацию нарушением права женщины

на информированное согласие, ущемляющим ее право на человеческое достоинство и физическую и психическую целостность⁴⁸. Комитет внес уточнение, что за исключением случаев, когда существует серьезная угроза жизни или здоровью, стерилизация девочек, независимо от того, имеют они инвалидность или нет, и совершеннолетних женщин с инвалидностью при отсутствии полностью информированного и независимого согласия с их стороны должна быть запрещена законом⁴⁹.

Специальный Докладчик ООН по вопросам насилия против женщин Радхика Кумарасвами в 1999 году заявила, что насильственная стерилизация является методом медицинского контроля детородной функции женщины. Она нарушает физическую целостность и безопасность женщины, представляя собой акт насилия в отношении женщин⁵⁰.

Позднее, в 2008 году, Специальный Докладчик ООН по вопросам пыток Манфред Новак подчеркнул, что насильственная стерилизация женщин с инвалидностью может представлять собой акт пытки, жестокого или бесчеловечного обращения, и что насильственная стерилизация является преступлением против человечества, когда совершается в качестве части широко распространенного или систематического насилия, направленного на какую-либо группу гражданского населения⁵¹.

В своем докладе 2017 года Специальный докладчик ООН по вопросу о правах людей с инвалидностью Каталина Девандас подтвердила повсеместную стерилизацию женщин с инвалидностью⁵². По состоянию на 03 ноября 2018 года Комитет по правам людей с инвалидностью в 7 из 12 Заключительных замечаний за 2018 год по первоначальным докладам, представленным Комитету, отразил нарушения по статье 17 «Защита личной целостности» Конвенции о правах людей с инвалидностью касательно стерилизации⁵³.

В 11⁵⁴ из 12 Заключительных замечаний по первоначальным докладам отражены проблемы в плане охраны сексуального и репродуктивного здоровья женщин с инвалидностью⁵⁵, включая отсутствие информации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав, а также право получать медицинские услуги на основе свободного и осознанного согласия по медицинским вопросам.

Многие учреждения и партнеры ООН также участвуют в защите прав людей с инвалидностью и взаимодействуют с основными органами по правам человека, вырабатывая различные рекомендации, например, Всемирная организация здоровья, ООН-женщины, ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и другие.

5. АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Права и свободы человека в Республике Казахстан признаются и гарантируются Конституцией⁵⁶, принадлежат каждому от рождения, признаются абсолютными и неотчуждаемыми⁵⁷. К числу фундаментальных ценностей, связанных с репродуктивными правами, относятся конституционные права на свободу⁵⁸ и неприкосновенность достоинства⁵⁹, право на брак и семью⁶⁰, на охрану здоровья⁶¹, право на свободу от пыток⁶², а также свободу от дискриминации⁶³ и др.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» гарантирует гражданам Республики Казахстан свободу репродуктивного выбора, охрану репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав⁶⁴. Согласно Кодексу⁶⁵, женщина имеет право решать вопрос материнства и свободного выбора современных методов предупреждения нежелательной беременности в целях планирования семьи и охраны своего здоровья.

Аборт, искусственное оплодотворение, родовспоможение, планирование семьи — часть социальных услуг, осуществляемых государством через сеть создаваемых медицинских учреждений⁶⁶, поэтому в анализе национального законодательства преобладают нормативно-правовые акты, связанные с первичной медико-санитарной помощью.

5.1 ПРОЦЕДУРА АБОРТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ

На данный момент список медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности закреплён специальным приказом⁶⁷. Список показаний содержит 93 пункта (см. Приложение № 1), из которых:

- 74 пункта соответствуют диагнозам, по которым получают инвалидность;
- 2 пункта соответствуют диагнозам, по которым получают инвалидность, на 2 стадии заболевания;
- по 2 пунктам возможно получение инвалидности, но необязательно;
- по 11 пунктам речь идет не о наличии инвалидности у беременной, а о заболеваниях во время беременности, которые могут негативно повлиять на формирование плода, или о выявленных генетических рисках для плода;
- по 4 пунктам информация о связи с инвалидностью не найдена.

Стоит отметить, что даже если диагноз беременной не указан в данном списке, но, по мнению врача, представляет угрозу жизни при пролонгировании беременности или грозит тяжелым ущербом здоровью женщины, вопрос прерывания беременности решается консилиумом врачей (врачебно-консультационной комиссией, то есть ВКК⁶⁸) в индивидуальном порядке⁶⁹. В состав ВКК входят руководитель организации (отделения) здравоохранения, врач акушер-гинеколог, врач той специальности, к области которой относится заболевание (состояние) беременной и (или) плода⁷⁰. Процедура проведения аборта возможна только при получении письменного информированного согласия беременной или ее законного представителя⁷¹. Аборты по медицинским показаниям, как со стороны матери, так и плода, производятся на любом сроке беременности⁷². В 2016 году по медицинским показаниям проведено 4410 аборт, в 2017 — 4053⁷³.

СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ К ИСКУССТВЕННОМУ ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

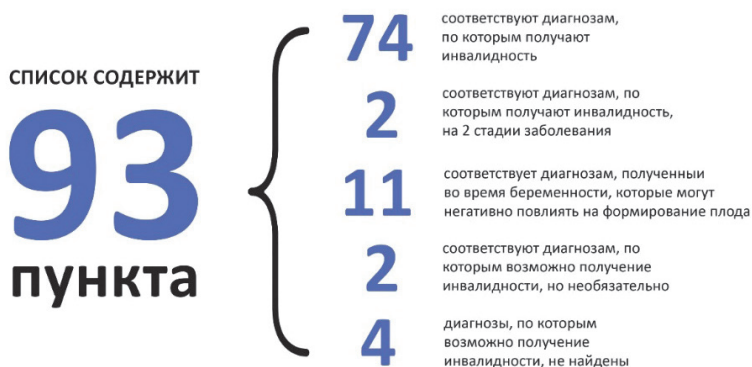


Рисунок № 3.

Список медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности.

Касательно аборт в Уголовном кодексе предусмотрена следующая ответственность⁷⁴:

- за проведение аборт лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля;
- за проведение незаконного аборт лицом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля;
- за проведение незаконного аборт, который повлек по неосторожности смерть или причинение тяжкого вреда здоровью женщины.

Ответственность за склонение к проведению аборт не предусмотрена.

5.2 ПРОЦЕДУРА СТЕРИЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ

На данный момент список медицинских показаний для проведения хирургической стерилизации закреплен специальным приказом⁷⁵. Список содержит 69 пунктов (см. Приложение № 2), из которых:

- 59 пунктов соответствуют диагнозам, по которым получают инвалидность;
- по 2 пунктам возможно получение инвалидности, но необязательно;
- по 1 пункту речь идет о выявленных генетических рисках для потенциального плода;
- по 7 пунктам информация о связи с инвалидностью не найдена.

СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ



Рисунок № 4.

Список медицинских показаний к проведению стерилизации.

Хирургическая стерилизация является необратимой процедурой по предупреждению нежелательной беременности. Стерилизация женщин может быть проведена в трех случаях, не зависящих друг от друга⁷⁶:

- женщина старше тридцати пяти лет;
- у женщины имеется не менее двух детей;
- если у женщины имеются медицинские показания, утвержденные Приказом № 625 от 30 октября 2009 года, при этом не имеет значения возраст и наличие детей. В этом случае письменное информированное согласие о проведении стерилизации и понимании необратимости данной процедуры подписывается женщиной либо, в случае лишения ее дееспособности, совершеннолетним опекуном. Решение о проведении стерилизации принимается врачебно-консультационной комиссией (ВКК)⁷⁷.

Ответственность за проведение стерилизации без согласия женщины Уголовным кодексом не предусмотрена.

5.3 УЧЕТ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ

03 июля 2012 года Министр здравоохранения Республики Казахстан утвердил Приказом № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста» алгоритм обследования женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Результаты использования данного алгоритма оцениваются по следующим целевым индикаторам:

- 1) снижение показателя материнской смертности;
- 2) снижение показателя перинатальной смертности⁷⁸;
- 3) доля беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями⁷⁹, которые являются медицинскими противопоказаниями к беременности, выявленными во время беременности;
- 4) снижение уровня аборт.

Ежегодно, по состоянию на 1 января, в организациях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) участковыми терапевтами, врачами общей практики (ВОП), врачами-педиатрами формируются списки женщин фертильного возраста. Всех женщин «с сохраненной репродуктивной функцией» из данного списка ежегодно должны приглашать на профилактический прием к участковому терапевту, врачу общей практики, педиатру или акушеру-гинекологу⁸⁰. Итогом данного профилактического приема является отнесение женщины к одной из групп динамического наблюдения женщин фертильного возраста (групп ЖФВ)⁸¹:

- 1 группа – здоровые женщины;
- 2 группа – имеющие экстрагенитальную патологию;
- 3 группа – имеющие гинекологическую патологию;
- 4 группа – имеющие экстрагенитальную и гинекологическую патологии;
- 5 группа – группа социального риска.

Таблица 1.

Сводная таблица тактики ведения групп 2, 3, 4 динамического наблюдения женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи⁸².

Группы динамического наблюдения ЖФВ	Подгруппы резерва родов	Группа динамического наблюдения анализируемых НПА	Мероприятия	Диспансерный учет	Исполнители
2-ая группа – женщины, имеющие экстрагенитальную патологию	2А	Женщины с экстрагенитальными заболеваниями, планирующие беременность в текущем году	Предгравидарная подготовка за 6 месяцев до планируемой беременности. Обследование и лечение экстрагенитальных заболеваний	Диспансерное наблюдение	Участковые терапевты, врачи общей практики, врачи акушеры-гинекологи
	2Б	Женщины с экстрагенитальными заболеваниями, не планирующие беременность в текущем году	Контрацепция	Диспансерное наблюдение	Участковые терапевты, врачи общей практики, педиатры, врачи акушеры-гинекологи
	2В	Женщины с противопоказаниями к вынашиванию беременности по экстрагенитальным заболеваниям, согласно действующим нормативам	100% охват эффективными методами контрацепции	Диспансерное наблюдение. Осмотр заведующим отделением 1 раз в 3 месяца. Врачебно-консультационная комиссия (ВКК) 1 раз в год.	Заместители главных врачей, заведующие отделениями, участковые терапевты, врачи общей практики, педиатры, врачи акушеры-гинекологи
3-я группа – женщины, имеющие гинекологическую патологию	3А	Женщины с гинекологической патологией, планирующие беременность в текущем году	Предгравидарная подготовка за 6 месяцев до планируемой беременности. Обследование и лечение гинекологических заболеваний	Диспансерное наблюдение	Участковые терапевты, врачи общей практики, врачи акушеры-гинекологи
	3Б	Женщины с гинекологической патологией, не планирующие беременность в текущем году	Контрацепция	Диспансерное наблюдение	Врачи акушеры-гинекологи
4-я группа – женщины, имеющие экстрагенитальную и гинекологическую патологии	4А	Женщины с экстрагенитальной и гинекологической патологиями, планирующие беременность в текущем году	Предгравидарная подготовка за 6 месяцев до планируемой беременности. Обследование и лечение экстрагенитальных и гинекологических заболеваний	Диспансерное наблюдение	Участковые терапевты, врачи общей практики, врачи акушеры-гинекологи
	4Б	Женщины с экстрагенитальной и гинекологической патологиями, не планирующие беременность в текущем году	Контрацепция	Диспансерное наблюдение	Участковые терапевты, врачи общей практики, педиатры, врачи акушеры-гинекологи

Согласно алгоритму действий (см. Приложение № 3), женщин подгрупп динамического наблюдения 2А, 3А, 4А включают в группу активного наблюдения для лечения имеющихся экстрагенитальных и гинекологических заболеваний до достижения результата выздоровления или стойкой ремиссии, а также назначения прегравидарной⁸³ подготовки за 6 месяцев до планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка⁸⁴.

Женщины подгрупп динамического наблюдения 2Б, 2В, 3Б, 4Б направляются врачами терапевтами, врачами общей практики, педиатрами к врачам акушерам-гинекологам для назначения эффективных методов контрацепции (см. Таблицу № 1⁸⁵). Женщины групп динамического наблюдения 2В должны находиться под строгим диспансерным наблюдением участкового врача и врача акушера-гинеколога⁸⁶.

Женщины фертильного возраста с экстрагенитальными заболеваниями, которые являются медицинскими противопоказаниями к беременности, группы 2В должны быть осмотрены заведующим терапевтическим отделением 1 раз в 3 месяца, направлены на ВКК 1 раз в год. Списки женщин группы 2В формируются врачами-терапевтами, врачами общей практики, педиатрами и вносятся в *журнал учета женщин фертильного возраста с противопоказаниями к вынашиванию беременности по экстрагенитальным заболеваниям (см. Приложение № 4). Информация в виде списков передается 1 раз в месяц врачам акушерам-гинекологам с целью контроля охвата этих женщин контрацепцией.*

Все данные вносятся в подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» портала «Регистр прикрепленного населения» с целью автоматизированного ведения групп беременных и женщин фертильного возраста и мониторинга состояния⁸⁷.

5.4 ОТЧЕТНОСТЬ ВРАЧЕЙ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ

Как отражено в пунктах 5.1 «Процедура абортирования женщин, имеющих инвалидность» и 5.2 «Процедура стерилизации женщин, имеющих инвалидность» прямым текстом, наличие инвалидности не является противопоказанием, так как такая формулировка отсутствует, но по документам следует, что женщин, имеющих инвалидность, относят к группе 2В «Женщины с противопоказаниями к вынашиванию беременности по экстрагенитальным заболеваниям согласно действующим нормативам». На данный момент существует следующая отчетность:

- врачи-терапевты, врачи общей практики, педиатры передают врачам акушерам-гинекологам ежемесячно, к 10-му числу следующего месяца, списки с информацией о женщинах фертильного возраста, списки выявленных женщин (Ф.И.О. женщины, год рождения, адрес, контактные телефоны, клинический диагноз, дата и заключение ВКК) с экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказаниями к беременности⁸⁸;
- акушеры-гинекологи в свою очередь передают участковым терапевтам, врачам общей практики, педиатрам ежемесячно, к 10-му числу следующего месяца, списки с информацией о женщинах фертильного возраста с целью выявления и лечения экстрагенитальных заболеваний⁸⁹:
 - 1) взятых на учет по беременности;
 - 2) родильниц⁹⁰.

Отчет о динамическом наблюдении женщин фертильного возраста (см. Приложение № 5), список беременных с противопоказаниями по экстрагенитальным заболеваниям, состоящих на учете в медицинской организации на конец периода (см. Приложение № 6), а также анализ работы по динамическому наблюдению женщин фертильного возраста, оздоровлению или достижению стойкой ремиссии экстрагенитальных заболеваний, охвату контрацепцией проводится ежеквартально заведующими отделений участковой службы, заместителями первых руководителей организаций первичной медико-санитарной помощи, службой внутреннего аудита с представлением информации в Управления здравоохранения областей и городов Астана, Алматы⁹¹ и Шымкент⁹².

Контроль деятельности по динамическому наблюдению женщин фертильного возраста осуществляют руководители медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь⁹³.

Отчетность напрямую влияет на денежное поощрение работников первичной медико-санитарной помощи⁹⁴. Поощрение медицинских работников субъектов первичной медико-санитарной помощи осуществляется на основе достигнутых индикаторов конечного результата деятельности субъекта первичной медико-санитарной помощи⁹⁵ (см. Приложение № 7):

- охватить контрацепцией не менее чем на 90% женщин фертильного возраста с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям;
- снизить на 5% количество беременных среди женщин фертильного возраста с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям среди прикрепленного населения в отчетном периоде и количество женщин фертильного возраста с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям.

Стоит отметить, что в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы⁹⁶ и Стратегическом плане Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2017-2021 годы⁹⁷ отсутствуют индикаторы, связанные с репродуктивными правами женщин с инвалидностью, при этом контроль за индикаторами материнской и младенческой смертности сохранен вице-министром.

5.5 ЗАЩИТА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ

Право граждан на охрану материнства отражено в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и обеспечивается⁹⁸:

- 1) проведением медицинских осмотров в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, динамическим наблюдением и оздоровлением женщин репродуктивного возраста;
- 2) лечением по медицинским показаниям основных заболеваний, непосредственно влияющих на репродуктивное здоровье женщин и здоровье ребенка, при поступлении в стационар по уходу за больным ребенком.

Протоколы поведения, касающегося оказания акушерско-гинекологической помощи, закреплены Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан». Стоит отметить ряд положительных моментов, обозначенных в данном документе:

1. Оказание акушерско-гинекологической помощи всем беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным всех возрастов проводится в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг при Министерстве здравоохранения⁹⁹.
2. В медицинских организациях стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, используются современные и эффективные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения по рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ, направленные на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин¹⁰⁰.
3. Услуги по планированию семьи предоставляются всем женщинам репродуктивного возраста¹⁰¹, независимо от того, имеют ли они инвалидность или нет. По результатам профилактического приема (см. пункт 5.3 «Учет женщин фертильного возраста, имеющих инвалидность») каждую женщину репродуктивного возраста включают в группу динамического наблюдения женщин фертильного возраста в зависимости от состояния репродуктивного здоровья для своевременной подготовки к планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка¹⁰².
4. При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании ее сохранить¹⁰³ акушер-гинеколог проводит обследование, после

чего составляется индивидуальный план наблюдения беременной с учетом факторов риска и с использованием современных технологий обследования матери и плода¹⁰⁴.

5. Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин, у которых были выявлены риски медицинского характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья и безопасности¹⁰⁵.
6. Женщин репродуктивного возраста акушер-гинеколог информирует о методах контрацепции, помогает выбрать индивидуальный метод с учетом состояния здоровья женщины¹⁰⁶.
7. При обращении беременной женщины за направлением на аборт акушер-гинеколог разъясняет опасность и вред прерывания беременности, проводит консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья и индивидуального подбора контрацепции¹⁰⁷.
8. При тяжелых заболеваниях и осложнениях, угрожающих жизни беременной, принимается комиссионное решение о переводе пациентки в профильные республиканские медицинские организации¹⁰⁸, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь (при отсутствии противопоказаний для транспортировки)¹⁰⁹.

При этом имеются следующие отрицательные моменты, выводящие женщин с инвалидностью в отдельные «исключающие» положения:

1. При экстрагенитальных заболеваниях, являющихся противопоказаниями к вынашиванию беременности, принимается комиссионное решение о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности с учетом риска для жизни матери и плода¹¹⁰.
2. При наличии у женщин тяжелых экстрагенитальных заболеваний, при которых вынашивание беременности и роды противопоказаны, необходим подбор постоянного эффективного метода контрацепции¹¹¹.
3. Участковые терапевты и врачи общей практики на амбулаторно-поликлиническом уровне осуществляют ежегодное обследование женщин фертильного возраста для организации охвата контрацепцией женщин с хроническими экстрагенитальными заболеваниями¹¹².
4. Во время патронажного наблюдения при выявлении высокого риска (жестокое обращение, насилие, инвалидность женщины и другое), когда семья нуждается в социальном сопровождении, сведения передаются социальному работнику, психологу или представителям других секторов при необходимости (образования, социальной защиты, внутренних дел, акиматов, неправительственных организаций и других)¹¹³.

5.6 ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь без согласия граждан допустима в следующих случаях¹¹⁴:

- 1) если человек находится в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю;
- 2) если у человека есть заболевания¹¹⁵, представляющие опасность для окружающих;
- 3) если у человека есть тяжелые психические расстройства (заболевания);
- 4) если у человека есть тяжелые психические расстройства (заболевания) и он совершил общественно опасное деяние.

Стоит отметить, что согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних и граждан, лишенных дееспособности, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации и законных представителей.

Женщина имеет право отказаться от медицинской помощи, в том числе от проведения аборта, за исключением случаев, описанных выше, то есть при наличии тяжелых психических расстройств (заболеваний) аборт или стерилизацию ей могут сделать, не уведомляя ее. В случае отказа женщины от проведения процедуры (не от медицинской помощи в целом, а от конкретной процедуры, например аборта¹¹⁶) ей должны быть четко разъяснены все возможные последствия. Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается женщиной или ее законным представителем, а также медицинским работником¹¹⁷.

Примечание. При отказе законных представителей несовершеннолетнего либо недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинская организация вправе обратиться в орган опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.

6. АНАЛИЗ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ, НЕЖЕЛИ АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, ТО ЕСТЬ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ (НАПРИМЕР, ОПРОС, СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ) И КАЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ (НАПРИМЕР, ИНТЕРВЬЮ)

Во время исследования проведено 15 интервью, из которых 10 интервью были проведены с женщинами, имеющими инвалидность (3 женщины – из г. Алматы, по 2 – из гг. Астана и Павлодар, по 1 – из гг. Капшагай, Караганда и Усть-Каменогорск), и 5 интервью с врачами-гинекологами (3 – из г. Астана, 2 – из г. Павлодар).

8 из 10 женщин сталкивались с агрессивным принуждением к проведению аборта, 4-ым было проведено искусственное прерывание беременности. Все 10 женщин сталкивались с навязыванием контрацепции, отсутствием планирования семьи, доступа к информации и др. Несмотря на пройденные испытания, 9 из 10 женщин смогли найти толерантных врачей и на данный момент имеют детей.

Ни один из врачей не подтвердил факты какого-либо давления на женщин. Все как один сказали, что:

а) ситуация каждой рассматривается индивидуально;

б) даже при наличии медицинских показаний женщина вправе подписать отказ от ответственности и довести беременность до конца.

Также в ходе исследования были проведены 5 консультаций с экспертами по вопросам лиц с инвалидностью:

- советник Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по вопросам лиц с инвалидностью Ляззат Калтаева;
- советник Министра образования и науки Республики Казахстан по вопросам лиц с инвалидностью Захира Бегалиева;
- советник акима города Алматы по улучшению качества жизни людей с инвалидностью Вениамин Алаев;
- ассистент казахстанского представительства Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) Салтанат Ахметжанова;
- помощник по программе казахстанского представительства Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) Динара Мурзагалиева;

- правозащитница по праву на недискриминацию Айгуль Шакибаева;
- международный эксперт по вопросам сексуально-репродуктивного здоровья и прав девочек и женщин с инвалидностью, Генеральный секретарь Европейского форума по инвалидности Гунта Анча;
- независимая исследовательница в области сексуального и репродуктивного здоровья Карлыгаш Кабатова.

Анализ данных по абортам

Прямым текстом законодательно не закреплено, что наличие инвалидности является основанием для аборта. Слово «инвалидность» и однокоренные с ним не употребляются в основном нормативно-правовом акте, регулирующем проведение аборт. Но при этом 93 законодательно закрепленные «причины» для проведения аборта на 80% представляют собой диагнозы, по которым у женщин, имеющих данные диагнозы, зафиксирована инвалидность. Даже в том случае, если диагноза женщины, имеющей инвалидность, в списке нет, врач имеет право направить ее на консилиум врачей для рассмотрения возможностей прерывания беременности.

На данный момент в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» указано, что «искусственное прерывание беременности проводится [...] при наличии медицинских показаний, угрожающих жизни беременной и (или) плода (при наличии моногенных генетических заболеваний, не корригируемых врожденных пороков развития и состояния плода, несовместимых с жизнью), – независимо от срока беременности¹¹⁸». Отсюда можно сделать вывод, что медицинские работники воспринимают наличие инвалидности у самой женщины исключительно как угрозу для ее жизни во время беременности. Но по факту достаточно наличия диагноза для проведения аборта, а не наличия действительной угрозы жизни женщины.

О нарушении каких прав в данном случае идет речь?

- право свободно принимать решение о количестве детей, интервалах между их рождением и времени их рождения;
- право на наивысший уровень здоровья;
- право на планирование семьи;
- право на свободу и личную неприкосновенность;
- право на свободу от дискриминации, принуждения и насилия;
- право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
- право на получение специализированной медицинской помощи в целях охраны репродуктивного здоровья.

«В прошлом году [2017 год] произошел случай. Ко мне позвонила молодая женщина из Астаны. Она на коляске и муж у нее на коляске. И она говорит:

- Знаете, мы даже не думали, что это произойдет, что я забеременею. И меня отправляют на аборт. Мотивируют тем, что я на коляске.

- Давай так. Ты взрослый человек. Коляска – это не противопоказание. Само по себе это не может быть противопоказанием. Давай завтра иди и скажи им.

Она идет, возвращается. Мы с ней созваниваемся. Она говорит:

- Они собрали консилиум, сказали, что я все равно не могу. Надо делать аборт, потому что у меня инвалидность I группы.

- Инвалидность I группы – это не противопоказание, не показание к искусственному прерыванию беременности. Давай, вперед!

Потом они ей сказали: “У тебя воспаление мочевого пузыря, цистит, пиелонефрит”. Цистит не показание само по себе. Да, конечно, это дает осложнения во время беременности, но инвалидность тут ни при чем.

В общем, было в итоге 4 консилиума. Я консультировалась и в Москве, и в Европе, и в Америку звонила своим знакомым, которые занимаются этой проблемой. Потому что у нас в Казахстане и в России, и вообще на постсоветском пространстве, как потом оказалось, везде практика такая – прерывание без всяких вопросов. Потом я почитала, что в Европе пишут: “Да, урологические инфекции могут осложнить беременность, но для этого назначается такая и такая терапия, все это корректируется и дальше просто наблюдение и профилактическая терапия”.

Я позвонила Уполномоченному по правам человека (Национальный центр по правам человека), в Министерство здравоохранения. Нашла всех своих знакомых главных гинекологов. И знаете, что было самое обидное? Что если уполномоченный по правам говорил: “Да, давайте мы возьмем это под контроль”, то бывший главный гинеколог страны сказала: “Зачем это [беременность] нужно?”. Мне пришлось дозвониться до действующего гинеколога. От того, что уже я звонила, уполномоченный звонил, это помогло. Они не хотели ставить ее на учет, как это часто бывает. Они ее взяли на учет, пообещали мне клятвенно, что они все будут делать. Я поехала на неделю в командировки и на неделю выпустила ее из вида. Приехала, а ей уже сделали аборт. Они нашли способ на нее надавить, сделали последнюю попытку – маму пригласили и все маме объяснили. А девушке 24 года».

Из интервью с Советником Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ляззат Калтаевой в рамках проведения данного исследования

«Врачи не разбираются — если у человека есть инвалидность, сразу автоматом отправляют в список “абсолютников”, то есть тех, кому противопоказано рожать. Они как будто не изучали этот список, если есть инвалидность — нужно всех туда “впихнуть”. Здесь нужно просвещать медицинских работников, потому что они знают что-то такое и за это цепляются, а другое не изучают».

***Из интервью с Советником Министра
образования и науки Республики Казахстан
Захирой Бегалиевой в рамках проведения
данного исследования***

«В каждом конкретном случае нужно разбираться индивидуально. Есть перечень медицинских заболеваний, которые приводят к инвалидности, и есть перечень заболеваний, при которых запрещено вынашивать беременность и рожать. А если легкая степень инвалидности, то они, в принципе, беременеют и рожают, я помню такие случаи. Каких-то статистических данных я не могу привести, это нужно каждый случай отдельно смотреть. Этим занимается первичная медико-санитарная служба, то есть поликлиники. Такие женщины стоят на учете, соответственно, у своих специалистов — по какой группе у них заболевание. В случае возникновения беременности вопрос решается индивидуально, можно ей рожать или нет».

***Интервью
с врачом-гинекологом № 3***

Анализ данных по стерилизации

Текущая ситуация в Казахстане приводит к мысли о том, что среди медицинских работников существуют евгенические настроения, продвигающего идеи того, что человеческий «генетический» фонд мог бы быть улучшен благодаря вмешательству человека. Несмотря на то, что данное движение дискредитировано, идеи и практика евгеники продолжают существовать в разных формах и поныне, в том числе это касается насильственной стерилизации и селективных абортов. Негативная евгеника – это термин, которым называют попытки разубеждать людей или мешать им воспроизводиться, поскольку их считают «неподходящими» для деторождения.

Прямым текстом законодательно не закреплено, что наличие инвалидности является основанием для стерилизации. Слово «инвалидность» и однокоренные с ним не употребляются в основном нормативно-правовом акте, регулирующем проведение стерилизации. Но при этом более 85% из 69 законодательно закрепленных «причин» для проведения стерилизации представляют собой диагнозы, по которым у женщин, имеющих данные диагнозы, зафиксирована инвалидность.

Стерилизация по медицинским показаниям не является методом лечения – это метод контрацепции, который должен защитить женщину с инвалидностью от осложнений беременности, которые могут привести к ее смерти. Загвоздка в том, что решением проблемы является полное лишение женщины фертильности, вместо того, чтобы помочь женщине преодолеть физиологическое препятствие, организовав необходимую медицинскую поддержку для успешной беременности и родов.

О нарушении каких прав в данном случае идет речь?

- право свободно принимать решение о количестве детей, интервалах между их рождением и времени их рождения;
- право на наивысший уровень здоровья;
- право на планирование семьи;
- право на свободу и личную неприкосновенность, включая физическую;
- право на свободу от дискриминации, принуждения и насилия;
- право на свободу от пыток;
- право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
- право на получение специализированной медицинской помощи в целях охраны репродуктивного здоровья.

«Молодая девушка с умственной отсталостью. Училась, жила как обычно. Где-то лет в 15 забеременела. Родители при проведении аборта попросили, поняв, что контролировать будет сложно, перевязать ей трубы. Потом она вышла замуж, не зная, что у нее трубы перевязаны. Они с мужем ждут ребенка, а семья смотрит и не знает, что сказать. Таких случаев много. Среди женщин со спинальными травмами я встречала многих, которых стерилизовали родственники. Кто-то под предлогом процедуры, не объясняя, что за процедура, что это будет. Кто-то, говоря, что для тебя же. “Ради семьи, ради себя, ради нас всех...” Женщины знали, но не могли сопротивляться».

Из интервью с Советником Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ляззат Калтаевой в рамках проведения данного исследования

Ситуация осложняется тем, что при наличии медицинских показаний из списка проведение стерилизации возможно независимо от возраста женщины и имеющихся у нее детей, а также тем, что принять решение о стерилизации может опекун. Нижний возрастной порог не установлен, то есть по факту опекун вправе подвергнуть стерилизации молодую девушку, лишенную дееспособности, в возрасте 18-ти лет без ее уведомления о проведении процедуры.

Стоит отметить, что в соседней Российской Федерации при проведении стерилизации женщин, лишенных дееспособности, необходимо судебное санкционирование¹¹⁹. При этом женщина может быть подвергнута стерилизации в отсутствие личного решения, только если она сама не способна выразить свою волю. Гарантией защиты прав женщины, лишенной дееспособности, выступает то, что она должна в обязательном порядке принять участие в судебном заседании. Судья должен лично убедиться в неспособности лица выражать свою волю. Данная норма вызывает регулярные нарекания со стороны правозащитников и юристов Российской Федерации, но даже в этом случае женщина, лишенная дееспособности, более защищена от принудительной стерилизации, чем в аналогичной ситуации в Казахстане.

Еще одним вариантом коррекции фертильности женщин, лишенных дееспособности, через стерилизацию является обязательное условие «последнего средства», то есть только в том случае, если иной доступный способ контрацепции использовать невозможно, не остается никаких других методов и инструментов контроля¹²⁰. Данный способ, безусловно, более гуманный, в сравнении с казахстанским законодательством, но все равно требует доработки.

Анализ данных по учету женщин фертильного возраста, имеющих инвалидность

Целевые индикаторы имеют огромное значение для статистических показателей в стране, поэтому такие индикаторы, как смертность матери и новорожденного, доля беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, напрямую негативно влияют на фактическое количество женщин с инвалидностью, родивших детей.

Согласно алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи, женщины с противопоказаниями к вынашиванию беременности по экстрагенитальным заболеваниям (согласно действующим нормативам¹²¹) подлежат 100% охвату эффективными методами контрацепции.

О нарушении каких прав в данном случае идет речь?

- право свободно принимать решение о количестве детей, интервалах между их рождением и времени их рождения;
- право на наивысший уровень здоровья;
- право на планирование семьи;
- право на свободу от дискриминации, принуждения и насилия;
- право на личную жизнь;
- право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
- право на получение специализированной медицинской помощи в целях охраны репродуктивного здоровья.

«Когда забеременела 4 года назад, у меня стоял эндопротез. Врачи сказали, что “типа” с эндопротезом нельзя рожать. На меня давили, долго обрабатывали и в итоге сломали. Уже около шести лет каждые три месяца меня вызывают к гинекологу и выдают презервативы. Я как-то спросила, почему мне выдают, а другим нет. Мне ответили, что я нахожусь в абсолютном списке противопоказаний к беременности. Сам список я не видела. Но раз я в этом списке, то государство меня должно обеспечивать контрацептивами. Это плюс или минус? Я спросила тогда, почему я в этом списке. Врач ответила: “Ну ты же имеешь инвалидность”».

Интервью с женщиной № 3

В рамках исследования были проведены интервью с 10 женщинами с инвалидностью из 7 городов Казахстана. Ни одну из них на данный прием не приглашали, ни одна из них не в курсе о существовании данного реестра, а также о присвоенной ей группе.

«Гинекологи основываются на вот этом списке, и они могут подогнать какой-то диагноз, но я думаю, что тут все субъективно. Это такое советское старое мышление. Я знаю, что в регионах этим злоупотребляют, это имеет место быть. Давят на родственников: “Зачем вам то, зачем вам это, она же инвалид”. К самим инвалидам неоднозначное отношение, а к беременным – это вообще. Это все недостаток информации, пробелы в обучении. Нужно заниматься воспитанием наших гинекологов, но также нужно законодательно закрепить, чтобы не было давления и двусмысленных толкований наших приказов, на которые, в принципе, и делают упор наши врачи, чтобы воспользоваться возможностью сделать этим женщинам аборт».

Интервью с врачом-гинекологом № 2

«У меня ДЦП. Я пошла к гинекологу и спросила, что делать, если я забеременею. Гинеколог со мной говорила как с ребенком: “Ты этим не должна заниматься. Тебе это не нужно”. Почему? Я прекрасно знаю, что такое секс. Она мне прописала витамины. Я полгода их пила, а потом мне подруга объяснила, что это не витамины, а противозачаточные».

Интервью с женщиной № 9

Анализ данных по отчетности врачей по наблюдению женщин фертильного возраста, имеющих противопоказания к беременности

Наличие в «Отчете о динамическом наблюдении женщин фертильного возраста»¹²² (см. Приложение 5) пунктов 10, 11, 18, 23–26 показывает наглядную картину регулярного сбора данных о беременных женщинах, имеющих инвалидность.

Охват контрацепцией не менее чем на 90% женщин фертильного возраста с медицинскими противопоказаниями к беременности и снижение на 5% количества беременных с медицинскими противопоказаниями влияют на денежные премии сотрудников ПМСП, так как напрямую связаны с ключевым индикатором «Материнская смертность» (см. Приложение № 8).

Наличие в отчете «Список беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к вынашиванию беременности»¹²³ (см. Приложение № 6) следующих данных (диагноз, дата ВКК; данное экстрагенитальное заболевание выявлено [до наступившей беременности / во время беременности]; предполагаемая дата родов; уровень и наименование организации родоразрешения; дата госпитализации; исход беременности) показывает, что, несмотря на медицинские противопоказания и запрет ВКК, части женщинам с инвалидностью все-таки удастся отстоять свое право на рождение ребенка.

О нарушении каких прав в данном случае идет речь?

- право на наивысший уровень здоровья;
- право на планирование семьи;
- право на личную жизнь;
- право на свободу от дискриминации, принуждения и насилия.

«Врачи говорят: “Мы же не против, но женщины, скорее всего, не знают о тех осложнениях, которые у них могут быть и, скорее всего, будут, поэтому их надо уберечь от этого и убедить. Если женщина хочет рожать, она напишет расписку, что берет на себя ответственность, и пусть рождает”. На самом деле что происходит? Женщина ощущает это как давление. И я не думаю, что это касается только женщин с инвалидностью. Это касается любой женщины, у которой есть какие-то нарушения здоровья, которые могут испортить статистику».

Из интервью с Советником Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ляззат Калтаевой в рамках проведения данного исследования

«За прошлый год я “родила четверых детей”, у меня было 4 спинальницы. Я затягиваю постановку на учет — не хочу, чтобы меня ругали. Сама тихонечко наблюдаю, помогаю, но на учет ставлю на 5 месяце, “как бы” пришла женщина поздно. Вот так довели до конца, после этого все нормально получилось».

Интервью с врачом-гинекологом № 1

«Они [врачи] боятся испортить статистику материнской и младенческой смертности. Это международные обязательства страны. Сейчас это цели устойчивого развития (ЦУР), а до этого были ВОЗовские стандарты. Страна брала на себя обязательства уменьшить количество младенческой и материнской смертности до таких-то показателей. Вот и все. За это отвечает правительство, за это отвечает министр здравоохранения, главный акушер-гинеколог страны и все акушеры-гинекологи страны по регионам и т.д. И каждого врача за это “убивают”. Все гинекологи очень запуганы. Они трясутся над каждой беременностью, потому что не дай бог...»

Из интервью с Советником Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ляззат Калтаевой в рамках проведения данного исследования

«Я забеременела в 22 года, но не пошла к врачу сразу. [...] подозревала, какое будет отношение, [пошла] когда начался сильный токсикоз, [...] в конце третьего месяца. [...] Мы были с мужем в кабинете, и они нам начали говорить: “Вы должны были понимать, что вы делаете. Беременность нужно было планировать. И в вашем ли состоянии вообще рожать?”. В очередной раз, когда они за кем-то убежали, медсестра сказала: “Здоровым-то не каждому дано, а ты на себя посмотри. Куда ты завтра? Ни ребенок никому не будет нужен, ни

ты никому не нужна. **Зачем уродам уродов плодить, ты думай, что делаешь**". Я заплакала. Потом через какое-то время они нашли мою маму, вызвали ее, [...] сказали, что я превращусь в растение и завтра я останусь ей на попечение, потому что муж сбежит [...]

Это давление было страшным. Они собрали консилиум, притащили мне какой-то список после этого консилиума и сказали: "Здесь, конечно, нет вашего заболевания, но вот это и вот это примерно к вашему подходит". Заболевания в списке мне ни о чем не говорили тогда, как и сейчас, в принципе. Заключение консилиума я не видела. Они мне все сказали на словах, что рожать мне ни в коем случае нельзя, противопоказано, и ответственность брать на себя они отказываются, и что они имеют право запретить мне рожать. Муж уже не давал мне поддержки после этого, а мама объявила мне бойкот и не разговаривала со мной.

Меня отправили в Институт матери и ребенка в Алматы. У них не было своего невропатолога, поэтому нас направили в Совминовскую больницу. Там нас встретила женщина, которая сказала: "[...] У тебя такое заболевание тяжелое. Я не буду брать на себя ответственность и разрешение не дам".

В институт [...] пришли результаты анализов, хорошие, и с гинекологической стороны никаких отклонений нет. Муж сказал: "Если завтра с тобой что-то случится, твоя мама меня посадит". Я вернулась в свою больницу и на следующий день мне назначили аборт. [...] Через месяц я пришла на прием и мне выдали контрацептивы в таблетках на 3 месяца вперед.

Я осмелилась только в 30 лет сказать гинекологу, что хочу родить. Тогда уже пришли молодые специалисты, которые сказали: "Давайте попробуем". С прошлого года мой гинеколог готовит мое тело к беременности.

Интервью с женщиной № 1

«Мы советуем обычно нашим женщинам так: "Пока срок менее 4-5 месяцев, не ходи на консультацию, потом появишься, врачам некуда будет деваться". И большая часть женщин рожала своих детей вот так вот. То есть у врачей не обследовались, а приходили уже тогда, когда что-то делать было поздно. Получается, что с закрытыми глазами нужно идти к рождению ребенка, не проверив нормально на УЗИ патологию сердца, другие внутриутробные патологии, все генетические... То есть женщина упускает эту возможность только потому, что боится, что будут заставлять делать аборт».

Из интервью с Советником Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ляззат Калтаевой в рамках проведения данного исследования

Анализ данных по защите репродуктивных прав

Аборт может быть произведен в двух случаях:

- а) при нежелании женщины сохранить беременность;
- б) при наличии медицинских и (или) социальных противопоказаний¹²⁴.

Не рассматривая медицинский подход, ограниченность причин для проведения абортов делает причины «синонимичными», принося значимость и желания женщин из группы б) иметь детей.

В целом при анализе Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи наблюдаются противоречия. С одной стороны, буквальная формулировка говорит о том, что женщины с инвалидностью никак не ущемлены в своих репродуктивных правах: планирование, подготовка к родам, индивидуальный план наблюдения беременности, патронажное наблюдение, при сложных случаях

есть возможность наблюдаться в республиканских профильных медицинских учреждениях, контрацепция в том числе. Но с другой стороны – ВКК, которые вправе направить на аборт, если так решит комиссия, и регулярная контрацепция для пресечения попыток забеременеть.

О нарушении каких прав в данном случае идет речь?

- право свободно принимать решение о количестве детей, интервалах между их рождением и времени их рождения;
- право на наивысший уровень здоровья;
- право на планирование семьи;
- право на свободу и личную неприкосновенность, включая физическую;
- право на свободу от дискриминации, принуждения и насилия;
- право на защиту своих репродуктивных прав;
- право на пользование результатами научного прогресса;
- право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
- право на получение специализированной медицинской помощи в целях охраны репродуктивного здоровья.

«У них такой постулат: “Если у тебя искривление позвоночника, то это, естественно, будет у твоего ребенка. Зачем это твоему ребенку?”. Это такие совершенно нечестные способы. Я все время рассказываю про таких “искривленных” женщин, у которых рождаются совершенно здоровые дети. Статистика показывает, что многие дети с нарушениями, с патологиями рождаются у совершенно здоровых женщин. И что, вообще, статистика не показывает такой прямой связи. Что есть только несколько генетических заболеваний, которые 100%-но передаются, а у остальных есть только какая-то вероятность».

Из интервью с Советником Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ляззат Калтаевой в рамках проведения данного исследования

Многие женщины в интервью отметили, что в случае беременности или ее планирования лучше обращаться к врачам «нового» поколения (не советской школы – в данном случае), потому что они более толеранты и не воспринимают наличие инвалидности у женщины как причину не рожать. Это подтверждают рабочие программы казахстанских медицинских вузов, например учебная программа «Экстрагенитальная патология при беременности» Медицинского университета Астаны¹²⁵, в которую входит обучение навыкам ведения беременности женщин, имеющих инвалидность, а также регулярные публикации о медицинских исследованиях на данную тему в вестнике Казахского национального медицинского университета¹²⁶.

«У меня детский церебральный паралич. Когда забеременела и пришла становиться на учет, меня отправили к психиатру. Я была очень сильно этим обижена. Зачем к психиатру? То есть они по внешнему виду или по диагнозу ДЦП решили. Мне сказали, что нужно принести справку от психиатра о том, что мне можно иметь детей. Как психиатр может такое решить? Ну понятно, что есть сохранный или несохранный интеллект. Когда несохранный интеллект, мы говорим об умственном развитии, но не о психических заболеваниях, не о психиатрических заболеваниях (шизофрения, фобии и т.д.). Да, при ДЦП может быть смешанный синдром. В итоге меня отправляют к психиатру. Я так поняла, что это практика, так и делают».

Интервью с женщиной № 8

«Я инвалид с детства 2-ой группы. По словам врачей, мне категорически запрещено было рожать. Врачи всячески отговаривали, пугали, даже насильно собирались убрать ребенка. Говорили, что на УЗИ видно, что ребенок урод, не соответствуют размеры рук и ног, что у него водянка головного мозга, синдром Дауна, короче, издевались по-всякому. Я не слушала никого, родила сына. И нет у него тех болезней, о которых говорили врачи, он абсолютно здоров».

Интервью с женщиной № 5

Анализ данных по отказу от медицинской помощи

Теоретически при производстве аборта по медицинским показаниям главное значение приобретает согласие женщины¹²⁷. Срок беременности в данном случае юридического значения не имеет. Критерием установления медицинских показаний является сохранение жизни матери.

О нарушении каких прав в данном случае идет речь?

- право свободно принимать решение о количестве детей, интервалах между их рождением и времени их рождения;
- право на наивысший уровень здоровья;
- право на свободу и личную неприкосновенность
- право на свободу от дискриминации, принуждения и насилия;
- право на защиту своих репродуктивных прав;
- право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
- право на получение специализированной медицинской помощи в целях охраны репродуктивного здоровья.

«Если женщина захочет родить, то напишет “отказную” и родит. И никто ее не переубедит. Но все равно вы должны понимать, что в случае чего, и даже при наличии “отказной”, вина то все равно на врача».

Интервью с врачом-гинекологом № 4

Беременная женщина с инвалидностью может отказаться от аборта, но при этом ей придется принять отказ от ответственности медицинского учреждения за ее состояние и здоровье ее будущего ребенка. В этом контексте окончательное решение о том, делать аборт или нет, должно приниматься самой женщиной, и она должна иметь возможность эффективно воспользоваться таким правом¹²⁸.

«Я пошла в поликлинику с мужем встать на учет по беременности, когда уже было 11 недель. Принимала сама заведующая. После того как я сказала, что в положении, она меня сразу увела в комнату для осмотра и говорит: “Все, ложись. Сейчас подойдет медсестра. Подготовит тебя и сделаем тебе аборт без очереди”. Я говорю: “Какой аборт? Я на осмотр пришла посмотреть, как протекает беременность”. Она крик подняла: “Как?!”. Очень напугала меня. Потом спросила, с кем я пришла. Я ответила, что с мужем, на что она попросила позвать мужа. Он зашел и говорит: “В чем дело?”, а она мне: “Подожди там, за дверью”. Со мной она, значит, не захотела разговаривать, как будто я вообще не понимаю, что делаю. Я испугалась. Муж вышел и сказал: “Все нормально. Поедем в другую поликлинику вставать на учет”. Потом на остановке он рассказал, что врач попросила написать отказную и сказала, что мне нужно сделать аборт. Пришли в другую поликлинику, там попался хороший гинеколог. Видно было, что в другой поликлинике врачи побаивались, но ничего не говорили. У меня ДЦП, но меня отправили к генетику. Я пришла с огромной стопкой анализов, а врач говорит: “Что вы тут делаете с вашим диагнозом? У вас здоровый ребенок родится, идите”. Даже анализы не посмотрела. Врачи разные: одна поможет, другая посочувствует, третья скажет, что не справлюсь, а четвертая нагрубит: “Ты своей головой думаешь?”».

Интервью с женщиной № 4

7. ОПИСАНИЕ МАССИВА / ОБОБЩЕНИЕ СОБРАННЫХ ДАННЫХ

Во время проведения исследования были проанализированы следующие международные договоры и документы в области репродуктивного права женщин с инвалидностью:

- Всеобщая декларация прав человека;
- Конвенция о правах людей с инвалидностью;
- Замечание общего порядка № 3 о женщинах и девочках, имеющих инвалидность, к Конвенции о правах людей с инвалидностью;
- Международный пакт о гражданских и политических правах;
- Замечание общего порядка № 28 «Статья 3 (равноправие мужчин и женщин)» к Международному Пакту о гражданских и политических правах;
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах;
- Замечание общего порядка № 5 «Лица с какой-либо формой инвалидности» к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах;
- Замечание общего порядка № 9 «Права детей с инвалидностью» к Конвенции о правах ребенка;
- Замечание общего порядка № 13 «Право ребенка на свободу от всех форм насилия» к Конвенции о правах ребенка;
- Конвенция по искоренению всех форм дискриминации против женщин;
- Европейская конвенция по правам человека;
- Всемирная программа действий в отношении людей с инвалидностью;
- Стандартные правила обеспечения равных возможностей для людей с инвалидностью;
- Пекинская Декларация и Платформа действий:
Четвертая всемирная конференция по положению женщин;
- Воззвание Тегеранской конференции;
- Доклад к Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире;
- Римский статут Международного уголовного суда;

- Резолюция Парламентской ассамблеи Совета Европы № 1607 «Доступ к безопасным и легальным абортам в Европе».

Помимо международных документов в области данного права, было изучено и проанализировано местное казахстанское законодательство:

- Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.);
- Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.);
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 01.06.2017 года № 330 «Об утверждении первоначального доклада о мерах, принятых Республикой Казахстан в целях осуществления Конвенции о правах людей с инвалидностью»;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности»;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 625 «Об утверждении Правил проведения хирургической стерилизации граждан»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан»;
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 «Об утверждении Правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»;
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями от 03.07.2017 г.);

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 ноября 2013 года № 674 «О внедрении подсистемы “Регистр беременных и женщин фертильного возраста” Портала “Регистр прикрепленного населения” Министерства здравоохранения Республики Казахстан»;
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 декабря 2016 года № 1104 «Об утверждении Стратегического плана Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2017-2021 годы»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 апреля 2018 года № 166 «Об утверждении перечня открытых данных, размещаемых на интернет-портале открытых данных»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга»;
- Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан “Денсаулық” на 2016-2019 годы» и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» (с изменениями от 05.05.2018 г.);
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 5 мая 2015 года № 321 «Об утверждении Положения о деятельности врачебно-консультативной комиссии»;
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364 «Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах»;
- Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.07.2018 г.);
- Закон Республики Казахстан от 16 июня 2004 года № 565-II «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» (на данный момент утратил силу).

Кроме того, в ходе исследования применялся анализ качественных данных (интервью с женщинами, имеющими инвалидность, и гинекологами; консультации с экспертами по вопросам лиц с инвалидностью, а также анализ литературы по тематике исследования).

8. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

В рамках проведения исследования сформированы следующие общие выводы и рекомендации:

- Стереотипы, связанные с инвалидностью и гендерной проблематикой, представляют собой форму дискриминации, которая оказывает особенно серьезное воздействие на реализацию репродуктивных прав. Данные стереотипы предполагают, что у людей с инвалидностью не может быть личной жизни, детей, и, следовательно, нет необходимости предлагать им информацию о сексуальном или репродуктивном здоровье. Отмеченная стигматизация занимает прочные позиции в общественном восприятии, которые на практике отражаются в предвзятости медицинских заключений и гипердиагностике при решении вопросов, связанных с планированием семьи и рождением ребенка. Государство должно обеспечить непредвзятость медицинских заключений, основанных исключительно на оценке рисков.
- Выбор женщин с инвалидностью, особенно женщин с психосоциальными или умственными расстройствами, часто игнорируется, и их решения часто заменяются выборами третьих лиц, включая законных представителей, опекунов и членов семьи. Женщины с инвалидностью насильственно подвергаются стерилизации и аборту или другим формам контроля за их репродуктивным здоровьем. Государство должно принять все меры для обеспечения того, чтобы все женщины с инвалидностью имели возможность реализовать свою правоспособность, принимая свои собственные решения о сохранении фертильности и репродуктивной автономии; осуществляя свои права выбирать количество и интервалы между рождением детей; в вопросах, связанных с их сексуальностью, и т.д. Это должно происходить без принуждения, дискриминации и насилия. Принудительная стерилизация и принудительный аборт являются одной из форм насилия в отношении женщин и должны быть криминализованы.
- Женщинам с инвалидностью также может быть отказано в доступе к информации, коммуникации и образованию в отношении их сексуального и репродуктивного здоровья и прав на основе вредных стереотипов, предполагающих, что они бесполое и поэтому не требуют такой информации наравне с другими. Информация также может быть недоступна в доступных форматах. Государство должно принять все меры для обеспечения того, чтобы женщины с инвалидностью имели равный доступ к медицинским услугам, включая гинекологические консультации, медицинские осмотры, планирование семьи и адаптированную поддержку во время беременности.

- Необходимо принять меры по подготовке специалистов здравоохранения, повысить их профессиональную подготовку в области сексуального и репродуктивного здоровья женщин с инвалидностью. Необходимо проводить обучение для обеспечения того, чтобы медицинские работники знали о правах людей с инвалидностью в соответствии с Конвенцией и другими международными стандартами и располагали инструментами для предоставления соответствующих услуг. Эти меры должны приниматься в тесном сотрудничестве с организациями людей с инвалидностью.
- Для более глубинного понимания ситуации необходимы исследования, основанные на дезагрегированных статистических данных, относящихся к женщинам с инвалидностью, например, показатель материнской смертности среди женщин фертильного возраста, имеющих инвалидность, показатель фертильности женщин с инвалидностью и др.¹²⁹ Также оценка возможна при введении статьи государственных расходов на целевое финансирование исследований, направленных на ежегодную оценку удовлетворенности женщин с инвалидностью качеством медицинской помощи в вопросах репродуктивного здоровья¹³⁰.
- Касательно абортов необходим пересмотр и сокращение действующего списка, основанного на оценке рисков.
- Касательно стерилизации необходимо отказаться от медицинских показаний к проведению стерилизации, сделав обязательными для всех женщин основные критерии (возраст не моложе тридцати пяти лет или наличие не менее 2 детей).
- Касательно учета женщин фертильного возраста, имеющих инвалидность, необходимо отказаться от индикаторов, касающихся сокращения беременностей среди женщин с инвалидностью и охвата их контрацепцией.
- Касательно отчетности врачей по наблюдению женщин фертильного возраста, имеющих противопоказания к беременности, необходимо отказаться от разделения на группы фертильности, предоставляя всем женщинам (независимо от медицинского диагноза, социального статуса и т.д.) на законодательном уровне равные возможности на реализацию репродуктивных прав.
- Касательно защиты репродуктивных прав, для того чтобы более эффективно отстаивать права женщин с инвалидностью в здравоохранении, необходимо назначить советника Министру здравоохранения Республики Казахстан по вопросам лиц с инвалидностью.
- Касательно отказа от медицинской помощи государство обязано обеспечить женщину с инвалидностью качественной медицинской помощью, предоставив все необходимые условия для безопасного протекания беременности как для самой женщины, так и для ее ребенка.

Соотношение медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности и показаний к получению инвалидности

№ п/п	Медицинские показания к искусственному прерыванию беременности	Показания к получению инвалидности
1. Инфекционные и паразитарные болезни:		Инвалидность есть
1)	туберкулез, все активные формы	Инвалидность есть
2)	острый токсоплазмоз	Инвалидность есть
3)	сифилис ранний с симптомами, сифилис нервной системы, поздний скрытый сифилис, сифилис резистентный к противосифилитическому лечению	Инвалидность на 4 стадии
4)	синдром приобретенного иммунодефицита	Инвалидность на 4 стадии
5)	краснуха до 16 недель беременности	Инвалидности нет (речь о негативных последствиях для плода)
6)	корь в первые 3 месяца беременности	
7)	первичная цитомегаловирусная инфекция в ранние сроки беременности	
8)	острая герпетическая инфекция (ВПГ-1 и 2 типов) в ранние сроки беременности	
9)	ветряная оспа в первые 20 недель беременности	
10)	парвовирусная В 19-инфекция с развитием тяжелых отечных форм гемолитической болезни плода	
11)	тяжелые формы хронического вирусного гепатита В и С и цирроз печени	Инвалидность есть
2. Новообразования: наличие в настоящем или в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций		Инвалидность есть
3. Болезни эндокринной системы:		
1)	диффузный токсический зоб средней и тяжелой степени тяжести или любой степени тяжести с осложнениями	Инвалидность есть
2)	токсический узловой зоб средней и тяжелой степени тяжести или любой степени тяжести с осложнениями	Инвалидность есть
3)	все виды гипотиреоза в стадии декомпенсации	Инвалидность есть
4)	сахарный и несахарный диабет в стадии декомпенсации или с тяжелыми осложнениями	Инвалидность есть
5)	сахарный диабет в сочетании с туберкулезом активной формы	Инвалидность есть

6)	гипо- и гиперпаратиреоз	Инвалидность есть
7)	болезни надпочечников в стадии декомпенсации	Инвалидность есть
4. Болезни крови и кроветворных органов:		
1)	апластическая анемия	Инвалидность есть
2)	часто рецидивирующие или тяжело протекающие пурпура и другие геморрагические состояния	Инвалидность есть
5. Психические расстройства:		
1)	хронический алкоголизм с изменением личности	Инвалидность есть
2)	интоксикационные психозы	Возможно получение инвалидности
3)	преходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний	Не найдена информация
4)	Корсаковский синдром	Инвалидность есть
5)	шизофренические психозы	Инвалидность есть
6)	аффективные психозы	Инвалидность есть
7)	параноидные состояния	Инвалидность есть
8)	психозы у рожениц вследствие родов	Не найдена информация
9)	расстройства личности (состояние слабоумия)	Инвалидность есть
10)	хронический алкоголизм, наркомания и токсикомания	Не найдена информация
11)	специфические непсихические расстройства на почве органического поражения головного мозга	Инвалидность есть
12)	специфические задержки психического развития	Инвалидность есть
13)	умственная отсталость	Инвалидность есть
14)	олигофрения средней и тяжелой степени	Инвалидность есть
15)	эпилепсия (судорожные формы)	Инвалидность есть
6. Болезни нервной системы и органов чувств:		
1)	воспалительные болезни центральной нервной системы (бактериальный менингит, менингит, вызываемый другими возбудителями, энцефалит, миелит, энцефаломиелит)	Инвалидность есть
2)	цистицеркоз	Инвалидность есть
3)	наследственные и дегенеративные болезни центральной нервной системы	Инвалидность есть

4)	другие болезни центральной нервной системы	Очень опасная формулировка «другие», под которой можно рассматривать множество болезней, по которым присваивается инвалидность
5)	рассеянный склероз	Инвалидность есть
6)	другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	Инвалидность есть
7)	катаплексия и нарколепсия	Инвалидность есть
8)	воспалительная и токсическая невропатия	Инвалидность есть
9)	периодическая гиперсомния и другие виды миопатий	Инвалидность есть
10)	отслойка сетчатки	Инвалидность есть
11)	болезни радужной оболочки	Инвалидность есть (речь идет об аниридии, иридоциклите, поликории и др.)
12)	кератит	Инвалидность есть
13)	неврит зрительного нерва	Если неврит (воспаление) привел к атрофии, то инвалидность есть
7. Болезни системы кровообращения:		
1)	острая ревматическая лихорадка	Инвалидность есть
2)	врожденные и приобретенные пороки сердца с выраженными признаками нарушения гемодинамики	Инвалидность есть
3)	гипертоническая болезнь, стадия II-III и злокачественное течение	Инвалидность есть
4)	ишемическая болезнь сердца	Инвалидность есть
5)	легочное сердце с нарушением кровообращения	Не найдена информация
6)	острые, подострые и хронические перикардиты	Инвалидность есть
7)	острый и подострый эндокардит	Инвалидность есть
8)	миокардиты	Инвалидность есть
9)	кардиомиопатии	Инвалидность есть

10)	нарушения сердечного ритма	Инвалидность есть
11)	аневризма и расслоение аорты	Инвалидность есть
12)	состояние после митральной комиссуротомии с возникновением рестеноза, сердечной недостаточностью, нарушением сердечного ритма и проводимости, наличием легочной гипертензии и обострения ревматизма	Инвалидность есть
13)	после протезирования клапанов сердца с признаками сердечной недостаточности, нарушением сердечного ритма и проводимости	Инвалидность есть
8. Болезни органов дыхания:		
1)	хронические болезни дыхательных путей, осложненных дыхательной недостаточностью II-III степени	Инвалидность есть
2)	бронхиальная астма, тяжелая степень, гормонозависимая форма, стадия декомпенсации	Инвалидность есть
3)	бронхоэктатическая болезнь в сочетании с легочно-сердечной недостаточностью	Инвалидность есть
4)	болезни легких и плевры с легочно-сердечной недостаточностью, амилоидозом внутренних органов	Инвалидность есть
5)	стеноз гортани, трахеи или бронхов	Инвалидность есть
9. Болезни органов пищеварения:		
1)	сужение и стеноз пищевода	Инвалидность есть
2)	искусственный пищевод	Инвалидность есть
3)	болезни пищевода – ГЭРБ, осложненная язвой, стриктурой, пищевод Баррета	Инвалидность есть
4)	болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – язвенная болезнь, осложненная кровотечением, стеноз после хирургического лечения	Инвалидность есть
5)	болезнь Крона в стадии обострения (в стадии ремиссии решать в индивидуальном порядке)	Инвалидность есть
6)	острые и хронические заболевания печени в стадии обострения, цирроз печени	Инвалидность есть
7)	желчекаменная болезнь, осложненная частыми приступами желчной колики	Инвалидность есть
8)	хронический панкреатит с выраженным нарушением секреторной функции, синдром нарушения всасывания тяжелой степени	Инвалидность есть

10. Болезни мочеполовой сферы:		
1)	хронический пиелонефрит, осложненный артериальной гипертензией	Инвалидность есть
2)	хронический пиелонефрит, осложненный азотемией	Инвалидность есть
3)	пиелонефрит единственной почки	Инвалидность есть
4)	острый гломерулонефрит	Инвалидность есть
5)	обострение хронического гломерулонефрита	Инвалидность есть
6)	хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма	Инвалидность есть
7)	хронический гломерулонефрит, смешанная форма	Инвалидность есть
8)	хронический гломерулонефрит, осложненный азотемией	Инвалидность есть
9)	диабетическая нефропатия IV и V стадии	Инвалидность есть
10)	хроническая почечная недостаточность	Инвалидность есть
11. Диффузные заболевания соединительной ткани:		
1)	системная красная волчанка (СКВ), острое/подострое течение с клинико-лабораторными признаками активности болезни	Инвалидность есть
2)	системная склеродермия с нарушением функции пораженных органов	Инвалидность есть
3)	дерматомиозит или полимиозит с клинико-лабораторными признаками 2-3 степени активности	Инвалидность есть
12. Генетические показания:		
1)	хромосомная патология плода	Инвалидности у женщины нет (речь о негативных последствиях для плода)
2)	множественные врожденные пороки развития плода	
3)	наследственные моногенные заболевания с высоким генетическим риском для плода	
4)	врожденные пороки развития плода, несовместимые с жизнью и не корригируемые хирургическим путем	
5)	ахондроплазия	Не ясно, идет ли речь о плоде или о женщине, но с таким диагнозом возможно получение инвалидности

Пояснения к сбору данных:

- в столбце «Медицинские показания к искусственному прерыванию беременности» используется полный список показаний, отраженных в Приказе и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности»;
- в столбце «Показания к получению инвалидности» используется косвенный сбор данных, так как по действующему законодательству инвалидность присваивается медико-социальной экспертизой. Само по себе наличие диагноза не гарантирует получение инвалидности – инвалидность присваивается «на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма¹³¹» и необходимости в мерах социальной защиты¹³². Поэтому как такового официального списка диагнозов, по которым присваивается инвалидность, не существует – медико-социальная экспертиза проводится индивидуально для каждого случая.

В связи с этим рассматривались следующие данные:

- 1) перечень заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев¹³³;
- 2) медицинские показания, при которых ребенок до шестнадцати лет признается инвалидом¹³⁴;
- 3) перечень необратимых анатомических дефектов¹³⁵;
- 4) перечень медицинских показаний для обеспечения людей с инвалидностью средствами передвижения¹³⁶;
- 5) также для предметного понимания использовались базы данные соседних стран, в которых более подробно отражена информация о перечне основных инвалидизирующих диагнозов и критериев установления инвалидности при данных диагнозах:
 - универсальный справочник по медико-социальной экспертизе Российской Федерации¹³⁷;
 - постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 1 июля 2011 года № 195 «Об утверждении нормативно-правовых актов, направленных на дальнейшее совершенствование порядка освидетельствования граждан, установления инвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности врачебно-трудовыми экспертными комиссиями»¹³⁸.

**Соотношение медицинских показаний для проведения хирургической
стерилизации и показаний к получению инвалидности**

№ п/п	Медицинские показания для проведения хирургической стерилизации	Показания к получению инвалидности
1.	Наличие в настоящем или в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций	Инвалидность есть
2.	Повторное кесарево сечение или наличие рубца на матке после гинекологических операций при наличии детей	Инвалидность есть
3. Болезни эндокринной системы:		
1)	тиреотоксикоз	Инвалидность есть
2)	врожденный или приобретенный гипотиреоз	Инвалидность есть
3)	сахарный диабет, тяжелая форма	Инвалидность есть
4)	сахарный диабет у обоих супругов	Инвалидность есть
5)	гиперпаратиреоз, гипопаратиреоз	Инвалидность есть
6)	несахарный диабет	Инвалидность есть
7)	болезни надпочечников (активная фаза или выраженные остаточные явления после специфического лечения)	Инвалидность есть
8)	амилоидоз	Инвалидность есть
4. Болезни крови и кроветворных органов:		
1)	апластическая анемия	Инвалидность есть
2)	тромбопенические и тромбопатические состояния в стадии ремиссии	Не найдена информация
3)	геморрагические состояния в стадии ремиссии	Не найдена информация
5. Психические расстройства (удостоверенные психоневрологической организацией у матери или у отца будущего ребенка):		
1)	психозы, в том числе алкогольные, лекарственные, шизофренические и другие неорганические психозы	Инвалидность есть
2)	преходящие и хронические психоневротические состояния, возникающие в результате органических заболеваний	Не найдена информация
3)	шизофрения	Инвалидность есть
4)	параноидные состояния	Инвалидность есть
5)	расстройства личности	Инвалидность есть

6)	хронический алкоголизм	Не найдена информация
7)	умственная отсталость	Инвалидность есть
6. Болезни нервной системы и органов чувств:		
1)	перенесшие тяжелые воспалительные болезни центральной нервной системы (менингит, энцефалит, миелит и энцефаломиелиит)	Инвалидность есть
2)	наследственные и дегенеративные болезни центральной нервной системы	Инвалидность есть
3)	все формы рассеянного склероза, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	Инвалидность есть
4)	эпилепсия – все формы	Инвалидность есть
5)	катаплексия и нарколепсия – все формы	Инвалидность есть
6)	воспалительные и токсические невропатии – все формы, в стадии ремиссии	Инвалидность есть
7)	мышечная дистрофия и другие виды миопатий	Инвалидность есть
8)	отслойка сетчатки болезни радужной оболочки – тяжелые формы, неврит зрительного нерва, кератит, врожденная катаракта, прогрессирующее снижение остроты зрения	Инвалидность есть
9)	болезни вестибулярного аппарата	Инвалидность есть
10)	отосклероз – все формы; болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха; врожденная глухота, глухонемого	Инвалидность есть
7. Болезни системы кровообращения:		
1)	непрерывно рецидивирующий миокардит	Инвалидность есть
2)	хронический перикардит с признаками сдавления сердца	Инвалидность есть
3)	пороки митрального, аортального, трехстворчатого клапана, многоклапанные пороки с недостаточностью кровообращения 2-3 степени	Инвалидность есть
4)	гипертоническая болезнь, стадии – II А степени с частыми кризами, 2-б-3 степени, злокачественная	Инвалидность есть
5)	ишемическая болезнь сердца – все формы	Инвалидность есть
6)	наличие легочной гипертензии 2-3 степени	Инвалидность есть
7)	нарушения сердечного ритма и проводимости: атрио-вентрикулярные блокады 3 степени, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия с частыми приступами	Инвалидность есть

8)	аневризма аорты	Инвалидность есть
9)	эмболия и тромбоз артерий	Инвалидность есть
10)	узелковый периартериит и сходные состояния	Инвалидность есть
11)	другие врожденные аномалии системы кровообращения	Очень опасная формулировка «другие», под которой можно рассматривать множество болезней, по которым присваивается инвалидность
12)	состояние после хирургической коррекции пороков, произведенных при симптомах легочной гипертензии, неполной хирургической коррекции врожденного порока, реканализации септальных дефектов и открытого артериального протока	Инвалидность есть
13)	состояния после протезирования клапанов сердца при неудовлетворительном состоянии других клапанов сердца	Инвалидность есть

8. Болезни органов дыхания:

1)	стеноз гортани, трахеи или бронхов	Инвалидность есть
2)	бронхиальная астма – тяжелая форма	Инвалидность есть
3)	бронхоэктатическая болезнь – тяжелая, гормонозависимая форма	Инвалидность есть
4)	болезни легких и плевры с легочно-сердечной недостаточностью, амилоидозом внутренних органов	Инвалидность есть
5)	поликистоз легких	Возможно получение инвалидности
6)	заболевания органов дыхания с дыхательной недостаточностью 2-б и 3 степени	Инвалидность есть
7)	перенесшие тяжелые формы туберкулеза легких	Инвалидность есть

9. Болезни органов пищеварения:

1)	сужение и стеноз пищевода, не поддающиеся бужированию	Инвалидность есть
2)	искусственный пищевод	Инвалидность есть
3)	язва желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием стеноза и кровотечения в анамнезе	Инвалидность есть
4)	грыжа брюшной полости значительных размеров с расхождением передней брюшной стенки	Инвалидность есть

5)	инфекционные энтериты и колиты с кишечным кровотечением, с частыми обострениями в стадии ремиссии	Инвалидность есть
6)	синдром оперированного желудка	Не найдена информация
7)	хронические болезни печени и желчных путей с нарушением функции и цирроз печени	Инвалидность есть
8)	дисбактериоз кишечника, тяжелая форма	Не найдена информация
10. Болезни мочеполовой сферы:		
1)	хронический рецидивирующий гломерулонефрит	Инвалидность есть
2)	острая и хроническая почечная недостаточность	Инвалидность есть
3)	заболевание паренхимы почек с нарушением функции почек и других органов (стойкой гипертонией), хронический рецидивирующий пиелонефрит единственной почки	Инвалидность есть
4)	гидронефроз (двусторонний, единственной почки, врожденный) с нарушением функции почек	Инвалидность есть
5)	поликистоз почек с почечной недостаточностью	Инвалидность есть
6)	свищи с вовлечением женских половых органов и состояния после операций по поводу их коррекции	Возможно получение инвалидности
11. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:		
1)	диффузная болезнь соединительной ткани	Инвалидность есть
2)	ревматоидный артрит с тяжелым нарушением функции сустава и другие воспалительные артропатии вне обострения	Инвалидность есть
3)	заболевания опорно-двигательного аппарата с нарушением функции (анкилозирующий спондилит; остеохондропатия)	Инвалидность есть
4)	ампутация ноги, стопы (полная)	Инвалидность есть
12. Многочленные наследственные заболевания при отсутствии пренатальной молекулярно-генетической диагностики		Не ясно, идет ли речь о плоде или о женщине, но с таким диагнозом возможно получение инвалидности

Пояснения к сбору данных:

- в столбце «Медицинские показания для проведения хирургической стерилизации» используется полный список показаний, отраженных в Приказе и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 625 «Об утверждении Правил проведения хирургической стерилизации граждан»;

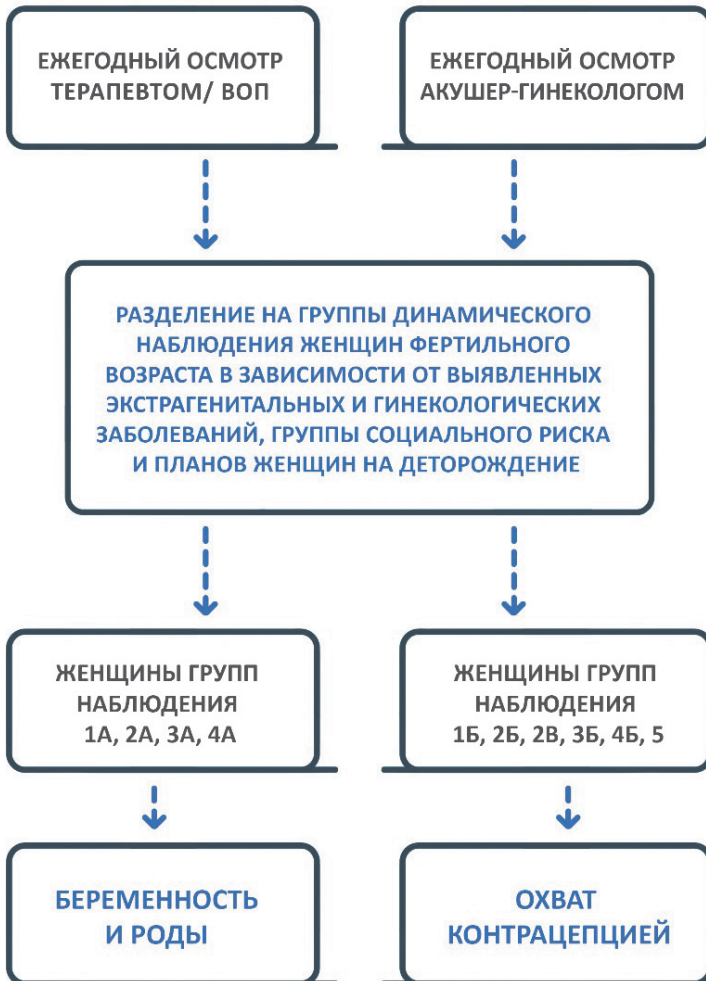
– в столбце «Показания к получению инвалидности» используется косвенный сбор данных, так как по действующему законодательству инвалидность присваивается медико-социальной экспертизой. Само по себе наличие диагноза не гарантирует получение инвалидности – инвалидность присваивается «на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма¹³⁹» и необходимости в мерах социальной защиты¹⁴⁰. Поэтому как такового официального списка диагнозов, по которым присваивается инвалидность, не существует – медико-социальная экспертиза проводится индивидуально для каждого случая.

В связи с этим рассматривались следующие данные:

- 6) перечень заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев¹⁴¹;
- 7) медицинские показания, при которых ребенок до шестнадцати лет признается инвалидом¹⁴²;
- 8) перечень необратимых анатомических дефектов¹⁴³;
- 9) перечень медицинских показаний для обеспечения людей с инвалидностью средствами передвижения¹⁴⁴;
- 10) также для предметного понимания использовались базы данные соседних стран, в которых более подробно отражена информация о перечне основных инвалидизирующих диагнозов и критериев установления инвалидности при данных диагнозах:
 - универсальный справочник по медико-социальной экспертизе Российской Федерации¹⁴⁵;
 - постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 1 июля 2011 года № 195 «Об утверждении нормативно-правовых актов, направленных на дальнейшее совершенствование порядка освидетельствования граждан, установления инвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности врачебно-трудовыми экспертными комиссиями»¹⁴⁶.

Схема алгоритма обследования и динамического наблюдения
женщин фертильного возраста на уровне первичной
медико-санитарной помощи¹⁴⁷

ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ
ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО
ВОЗРАСТА (15-49 ЛЕТ)



Журнал¹⁴⁸ учета женщин фертильного возраста, имеющих противопоказания к беременности по экстрагенитальным заболеваниям, группы динамического наблюдения 2В*

Ф. И. О.	Дата рожд.	Адрес проживания и прописки. Контактные телефоны	Номер участка	Паритет ¹⁴⁹ родов и кол-во живых детей	Хроническое ЭГЗ («Д» учет специалистов) Полный клинический диагноз	Дата и заключение ВКК	Контрацепция		Дата осмотра терапевтом (ВОП, терапевтом, педиатром)		Дата осмотра гинекологом		Примечание
							Метод	Дата начала использования	Фактическая	Предполагаемая	Фактическая	Предполагаемая	

*Примечание: журнал ведут врачи-терапевты, ВОП, педиатры, фельдшеры, медицинские сестры. Информация в виде списков передается врачам акушерам-гинекологам 1 раз в месяц (к 10-му числу следующего месяца).

**Отчет о динамическом наблюдении женщин
фертильного возраста (ЖФВ)¹⁵⁰**

Наименование организации _____

Отчетный период _____ (квартал) Дата _____

1	Название медицинской организации (или региона)	
2	Количество населения, всего	
3	Количество женского населения	Абсолютное число
		% от всего населения
4	Количество женщин фертильного возраста	Абсолютное число
		% от количества ЖФВ
5	Из них охвачено контрацепцией	Абсолютное число
		% охвата контрацепцией (от пункта 4)
6	Количество женщин в группе 1Б (здоровые)	Абсолютное число
		% в структуре ЖФВ (от пункта 4)
7	Из них охват контрацепцией женщин группы 1Б	Абсолютное число
		% охвата контрацепцией группы 1Б (от пункта 6)
8	Количество женщин в группах наблюдения 2Б, 3Б, 4Б (с ЭГЗ и гинекологическими заболеваниями)	Абсолютное число
		% в структуре ЖФВ (от пункта 4)
9	Из них охват контрацепцией женщин групп наблюдения 2Б, 3Б, 4Б	Абсолютное число
		% охвата контрацепцией групп 2Б, 3Б, 4Б (от пункта 8)
10	Количество женщин в группе наблюдения 2В	Абсолютное число
		% в структуре ЖФВ (от пункта 4)
11	Из них охват контрацепцией женщин группы наблюдения 2В	Абсолютное число (в том числе ВМС)
		% охвата контрацепцией группы 2В (от пункта 10)

12	Количество женщин в группе наблюдения 5	Абсолютное число
		% в структуре ЖФВ (от пункта 4)
13	Из них охват контрацепцией женщин группы наблюдения 5	Абсолютное число (в том числе ВМС)
		% охвата контрацепцией группы 5 (от пункта 12)
14	Количество женщин в группах наблюдения 1А, 2А, 3А, 4А	Абсолютное число
		% в структуре ЖФВ (от пункта 4)
15	Из них охват предгравидарной подготовкой женщин групп 1А, 2А, 3А, 4А	Абсолютное число
		% охвата предгравидарной подготовкой женщин групп 1А, 2А, 3А, 4А (от пункта 14)
16	Количество обследованных ЖФВ терапевтами, ВОП, педиатрами за отчетный период всего, в том числе:	
17	- количество выявленных женщин с экстрагенитальными заболеваниями;	
18	- количество выявленных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к беременности;	
19	- количество выявленных женщин из группы социального риска.	
20	Количество обследованных ЖФВ врачами акушерами-гинекологами за отчетный период всего, в том числе:	
21	- количество выявленных женщин с гинекологическими заболеваниями;	
22	- количество взятых на учет по беременности женщин с экстрагенитальными заболеваниями;	
23	- количество взятых на учет по беременности женщин с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к беременности;	
24	- количество родильниц с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к беременности, из них:	
25	- охвачено контрацепцией (в том числе ВМС)	
26	Состоит всего беременных с ЭГЗ, являющихся противопоказаниями, на конец периода	

Ф.И.О., подпись руководителя _____

**Список беременных женщин*
с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к вынашиванию беременности¹⁵¹**

Ф.И.О.	Адрес	Контактный телефон (домашний, мобильный)	Диагноз, дата ВКК	Срок беременности, дата первой явки	Срок беременности при первом осмотре терапевта	Данное ЭГЗ выявлено:		Предполагаемая дата родов	Уровень и наименование организации родоразрешения	Дата госпитализации	Исход беременности
						До настоящей беременности	Во время беременности				

Ф.И.О., подпись руководителя _____

*Примечание: в список включить состоящих на учете беременных данной категории на конец отчетного периода и родивших в течение отчетного квартала.

Перечень индикаторов процесса деятельности субъекта здравоохранения¹⁵², оказывающего первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, влияющих на значения индикаторов конечного результата*

Наименование индикаторов процесса	Порядок расчета	Пороговое значение
1. Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи		
Ранняя явка для постановки на диспансерный учет по беременности	Количество беременных женщин, взятых на учет в сроке до 12 недель / общее количество беременных женщин, взятых на учет, %	100%
Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом в сроке до 12 недель	Количество беременных женщин, осмотренных терапевтом в сроке до 12 недель / общее количество беременных женщин, осмотренных терапевтом, %	100%
Случаи госпитализации беременных женщин и (или) родильниц с эклампсией и преэклампсией	Количество беременных женщин и (или) родильниц, госпитализированных с эклампсией и преэклампсией / общее количество госпитализированных беременных женщин и (или) родильниц	0%
Охват контрацепцией женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям (далее – ЭГЗ)	Количество охваченных контрацепцией ЖФВ с противопоказаниями к беременности по ЭГЗ / общее количество ЖФВ с противопоказаниями к беременности по ЭГЗ	90%
Снижение количества беременных среди женщин фертильного возраста с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям	Количество беременных среди ЖФВ с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям среди прикрепленного населения в отчетном периоде / Количество ЖФВ с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальным заболеваниям среди прикрепленного населения в отчетном периоде, %	Снижение на 5%
Снижение количества преждевременных родов	Количество преждевременных родов среди прикрепленного населения в отчетном периоде / Количество родов среди прикрепленного населения в отчетном периоде, %	Снижение на 10%

Охват беременных пренатальным скринингом (определение материнских сывороточных маркеров в I триместре, ультразвуковой скрининг в I, II, III триместрах беременности)	Количество охваченных пренатальным скринингом из родивших / общее количество родивших за отчетный период, %	Не менее 90%
Случаи выполненных аборт в возрасте до 18 лет	Количество абортов у подростков в возрасте до 18 лет среди прикрепленного населения в отчетном периоде / Количество девочек в возрасте до 18 лет среди прикрепленного населения в отчетном периоде x1000	Меньше 2.7
2. Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи		
Удельный вес детей до 6 месяцев на исключительно грудном вскармливании	Количество детей до 6 месяцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании, при отсутствии противопоказаний / общее количество детей до 6 месяцев, %	100%
Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными ОКИ (острая кишечная инфекция)	Количество детей до 5 лет, госпитализированных в стационар с осложненными ОКИ / общее количество детей до 5 лет, зарегистрированных с ОКИ, %	0%
Удельный вес медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) ПМСП, обученных по программе ИБВДВ (интегрированного ведения болезней детского возраста)	Количество медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) ПМСП, обученных по программе ИБВДВ / общее количество медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) ПМСП, %	100%
Младенческая смертность	Количество умерших детей в возрасте от 0 до 1 года / число родившихся живыми x1000 (показатель)	Согласно целевым индикаторам Госпрограммы «Денсаулық»

*Примечание. В таблице указаны только те индикаторы, которые отражены в Приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста», а именно: снижение показателя материнской смертности; снижение показателя перинатальной смертности; доля беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, которые являются медицинскими противопоказаниями к беременности, выявленными во время беременности; снижение уровня абортов.

Число умерших беременных, рожениц и родильниц

Категория	Ед. изм.	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего умерших беременных, рожениц и родильниц ¹⁵³	чел.	52	51	47	50	51	49 ¹⁵⁴
Всего умерших беременных, рожениц и родильниц с экстрагенитальными заболеваниями ¹⁵⁵	чел.	24	13	14	22	22	20 ¹⁵⁶
	%	46	25	30	44	43	41

СНОСКИ

1. Воззвание Тегеранской конференции от 13 мая 1968 года, пункт 16.
2. Сборник «Репродуктивные права – это права человека», Центр Репродуктивных Прав.
3. Доклад к Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года, принцип 8.
4. Пекинская декларация и Платформа действий, Пекин, 4-15 сентября 1995 года, пункт 94.
5. Там же, пункт 95.
6. Закон Республики Казахстан от 16 июня 2004 года № 565-III «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления», глава 3.
7. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.), статья 96.
8. Термин «психические расстройства» на сайте Всемирной организации здравоохранения, www.who.int
9. Электронный ресурс Комитета по статистике Республики Казахстан, статистические данные «Естественное движение населения за 2000-2017 гг. (число родившихся в Республике Казахстан)», stat.gov.kz
10. Постановление Правительства Республики Казахстан от 01.06.2017 года № 330 «Об утверждении первоначального доклада о мерах, принятых Республикой Казахстан в целях осуществления Конвенции о правах людей с инвалидностью», пункт 134 статьи 6.
11. По данным Статистического сборника «Женщины и мужчины Казахстана» (пункт 3.2 «Женщины и мужчины по возрастным группам», стр. 12), на начало 2018 года в Казахстане проживало 9 366 039 женщин, из них численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) составляет 4 540 543 человек, то есть 48,5%.
12. По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан (ekarta.eisz.kz), количество женщин, имеющих инвалидность по Республике Казахстан, по состоянию на 1 полугодие 2018 года составляет 293 511 человек. Исходя из расчета численности женщин фертильного возраста (48,5%), количество женщин фертильного возраста, имеющих инвалидность, составляет более 142 тыс. человек.
13. Стерилизовать, как бездомных собак? Шокирующее предложение некоторых общественников в Казахстане // uvision.kz – 27.01.2017 г.; Разговоры о «стерилизации» душевнобольных // Радио Азаттык – 15.02.2017 г.; Стерилизацию умственно отсталых предлагают узаконить в Казахстане // NV.KZ – 17.01.2017 г.; Как инвалидов ограничивают в возможностях в Казахстане // [Sputnik Kazakhstan](http://SputnikKazakhstan) – 08.04.2018 г.; Казахстанские женщины с инвалидностью имеют право на материнство // Литер – 19.06.2014 г.

14. «Десять ключевых прав человека на репродуктивные права», сборник «Репродуктивные права – это права человека», Центр Репродуктивных Прав.
15. Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, пункт 38, 15.01.2008 г.
16. Римский статут Международного уголовного суда, статья 7.
17. Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, пункты 38 и 39, 15.01.2008 г.
18. Спецдокладчик ООН: Казахстан должен отказаться от изоляции людей с инвалидностью // Новости ООН – 06.11.2017 г.
19. Электронный ресурс Управления Верховного комиссара ООН «Права человека», пресс-релиз «Эксперты ООН призывают остановить регресс в отношении сексуальных и репродуктивных прав женщин и девочек», 05.09.2018 г., Женева. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23503&LangID=E>
20. Перинатальный период – период от 22-й недели беременности до 7 суток после рождения.
21. Всеобщая декларация прав человека, статья 3.
22. Там же, статья 16.
23. Там же, пункт 1 статьи 25.
24. Там же, статья 5.
25. Там же, статья 2.
26. Конвенция о правах людей с инвалидностью, пункт 1 статьи 23.
27. Там же, пункт а) статьи 25.
28. Там же, пункт f) статьи 25.
29. Конвенция о правах людей с инвалидностью, пункт d) статьи 25.
30. Там же, статья 17.
31. Замечание общего порядка № 3 (2016) о женщинах и девочках, имеющих инвалидность, пункт 11.
32. Конвенция о правах людей с инвалидностью, статьи 16.
33. Европейская конвенция по правам человека, статья 14.
34. Там же, статья 12.
35. Там же, статья 8
36. Бюллетень Европейского Суда по правам человека № 11/2011 «По жалобе о нарушении статьи 3 Конвенции. Вопрос о запрещении бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Гоэр и другие против Франции [Gauer and Others v. France] (№ 61521/08). По делу обжалуется стерилизация молодых женщин с психическими отклонениями».
37. Европейская конвенция по правам человека, статья 3.
38. Всемирная программа действий в отношении людей с инвалидностью, пункт 118, подпункт с) пункта 176.

39. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для людей с инвалидностью, пункт 3 правила 9, 20.12.1993 г.
40. Пекинская Декларация и Платформа действий: Четвертая всемирная конференция по положению женщин, пункты 95 и 96, 1995 г.
41. Заключительные замечания по первоначальному докладу Судана, пункт 29, 13.05.2011 г.
42. Замечание общего порядка № 5 «Лица с какой-либо формой инвалидности» к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, пункт 31, 01.01.1995 г.
43. Замечание общего порядка № 28 «Статья 3 (равноправие мужчин и женщин)» к Международному Пакту о гражданских и политических правах, пункты 11-20, 29.03.2000 г.
44. Заключительные замечания по периодическому докладу Чешской Республики, подпункт n) пункт 6 раздела D, 03.06.2004 г.; Заключительные замечания по периодическому докладу Словакии, пункт 14, 17.12.2009 г.
45. Замечание общего порядка № 13 (2011) «Право ребенка на свободу от всех форм насилия» к Конвенции о правах ребенка, подпункт а) пункта 23, 18.04.2011 г.
46. Замечание общего порядка № 9 (2006) «Права детей с инвалидностью» к Конвенции о правах ребенка, пункт 60, 27.02.2007 г.
47. Замечание общего порядка № 13 (2011) «Право ребенка на свободу от всех форм насилия» к Конвенции о правах ребенка, пункт 61, 18.04.2011 г.
48. Доклад Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24: статья 12, 1999 г.
49. Заключительные замечания Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин по докладу, Австралия, пункт 42, 2010 г.
50. Доклад Специального докладчика по вопросу насилия в отношении женщин, его причин и последствий, пункт 51, 1999 г.
51. Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, пункты 38 и 39, 15.01.2008 г.
52. Доклад «Сексуальное и репродуктивное здоровье и права женщин и девочек, имеющих инвалидность», 2017 г.
53. Заключительные замечания по первоначальному докладу Омана, пункт 33, 17.04.2018 г.; Гаити, пункт 32, 13.04.2018 г.; Судана, пункты 35 и 36, 10.04.2018 г.; Российской Федерации, пункты 38 и 39, 09.04.2018 г.; Южной Африки, пункты 32, 33, 23.10.2018 г.; бывшей югославской Республики Македонии, пункты 29, 30, 29.10.2018 г.; Филиппин, пункты 32, 33, 16.10.2018 г.
54. Исключение – Заключительные замечания по первоначальному докладу Мальты, пункты 37, 38, 17.10.2018 г.

55. Заключительные замечания по первоначальному докладу Омана, подпункт d) пункта 45, 17.04.2018 г.; Гаити, подпункт с) пункта 44, 13.04.2018 г.; Судана, подпункт d) пункта 49, 10.04.2018 г.; Российской Федерации, пункт 34, 09.04.2018 г.; Непала, пункт 38, 16.04.2018 г.; Сейшельских Островов, пункты 43 и 44, 16.04.2018 г.; Словении, пункт 42, 16.04.2018 г.; Южной Африки, пункты 42, 43, 23.10.2018 г.; Болгарии, пункты 17,18, 22.10.2018 г.; бывшей югославской Республики Македонии, пункты 38, 41, 42, 29.10.2018 г.; Филиппин, пункты 42, 43, 16.10.2018 г.
56. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.), пункт 1 статьи 12.
57. Там же, пункт 2 статьи 12.
58. Там же, пункт 1 статьи 16, пункт 1 статьи 18.
59. Там же, пункт 1 статьи 17, пункт 1 статьи 18.
60. Там же, пункт 1 статьи 27.
61. Там же, пункт 1 статьи 29.
62. Там же, пункт 2 статьи 18
63. Там же, пункт 2 статьи 14.
64. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.), статья 87.
65. Там же, пункт 2 статьи 88.
66. Монография «Правовая охрана материнства и репродуктивного здоровья», Романовский Г.Б., 2015 г.
67. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности».
68. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 5 мая 2015 года № 321 «Об утверждении Положения о деятельности врачебно-консультативной комиссии».
69. Примечание к Приложению 1 к Правилам проведения искусственного прерывания беременности Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности».
70. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности», пункт 17.
71. Там же, пункт 2.
72. Там же, подпункт 2 пункта 3.
73. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году», таблица № 56 «Аборты (абсолютные числа)».

74. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.07.2018 г.), статья 319.75. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 625 «Об утверждении Правил проведения хирургической стерилизации граждан».
76. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 625 «Об утверждении Правил проведения хирургической стерилизации граждан», пункт 1.
77. Там же, пункт 3.
78. Перинатальная смертность – статистический показатель, отражающий все случаи смерти плода или новорожденного в период от 22-й недели беременности до 7 суток после рождения (перинатальный период). Рассчитывается на 1000 родившихся.
79. Экстрагенитальная патология – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.
80. Приложение 3 к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста», пункт 2.
81. Там же, пункт 4.
82. Приложение 6 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста».
83. Прегравидарная подготовка – это комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, результатом которых является подготовка организма к зачатию, вынашиванию и рождению.
84. Приложение 3 к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста», пункт 8.
85. Приложение 6 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста».

86. Приложение 3 к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста», пункт 9.
87. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан», подпункт 2 пункта 13.
88. Приложение 3 к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста», пункт 13.
89. Там же, пункт 14.
90. Родильница – женщина, которая недавно родила.
91. Приложение 3 к Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста», пункт 16.
92. Город Шымкент отнесен к категории городов республиканского значения на основании Указа Президента Республики Казахстан от 19 июня 2018 года № 702 «О некоторых вопросах административно-территориального устройства Республики Казахстан».
93. Там же, пункт 15.
94. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 «Об утверждении Правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования».
95. Там же, пункт 28.
96. Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» (с изменениями от 05.05.2018 г.).
97. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 декабря 2016 года № 1104 «Об утверждении Стратегического плана Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан на 2017-2021 годы».
98. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.), пункт 2 статьи 88.

99. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан», пункт 8.
100. Там же, подпункт 11 пункта 86.
101. Там же, подпункт 3 пункта 5.
102. Там же, подпункт 10 пункта 12.
103. Там же, пункт 15.
104. Там же, подпункт 2 пункта 16.
105. Там же, пункт 25.
106. Там же, пункт 49.
107. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан», пункт 63.
108. Электронный ресурс отделения для родильниц с экстрагенитальной патологией Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социального развития РК <http://ncagip.kz/451221.html>
109. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан», пункт 91.
110. Там же, пункты 27 и 90.
111. Там же, пункт 62.
112. Там же, подпункт 4 пункта 75.
113. Там же, пункт 26.
114. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.), статья 94.
115. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями от 03.07.2017 г.).
116. Бланк отказа пациента или законного представителя пациента от предложенных медицинских вмешательств.
117. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.), статья 93.
118. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения», пункт 2 статьи 104.

119. Монография «Правовая охрана материнства и репродуктивного здоровья», Романовский Г.Б., 2015 г.
120. Там же.
121. Приказы и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности» и № 625 «Об утверждении Правил проведения хирургической стерилизации граждан».
122. Приложение 7 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452.
123. Приложение 8 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452.
124. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан», пункт 78.
125. Электронный ресурс Карагандинского государственного медицинского университета <http://www.kgmu.kz/media/kgmudoc/Potolog.pdf>
126. Электронный ресурс Казахского национального медицинского университета <https://kaznmu.kz/press/%D0%B0%D1%80%D1%85%D0%B8%D0%B2/>
127. Монография «Правовая охрана материнства и репродуктивного здоровья», Романовский Г.Б., 2015 г.
128. Резолюция Парламентской ассамблеи Совета Европы № 1607 «Доступ к безопасным и легальным абортam в Европе», 2008 г., пункт 6.
129. Рекомендации по улучшению системы мониторинга и оценки из отчета Фонда ООН в области народонаселения «Совершенствование системы мониторинга и оценки охраны репродуктивного здоровья, борьбы с гендерным насилием и демографического развития с особым фокусом на уязвимые группы населения в Восточно-Казахстанской области», г. Усть-Каменогорск, 2015 г., стр. 32-33.
130. Рекомендации по необходимым государственным мерам из кабинетного и социологического исследования по оценке репродуктивного здоровья и социально-экономического положения людей с инвалидностью с психическими и интеллектуальными нарушениями в Казахстане, г. Алматы, 2011 г., стр. 19.
131. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», пункт 1.
132. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», подпункты 2 и 3 пункта 38.

133. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1033 «Об утверждении перечня заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев».
134. Приложение 6 к Правилам проведения медико-социальной экспертизы в редакции приказа Министра труда и социальной защиты населения РК от 07.02.2018 № 43.
135. Приложение 7 к Правилам проведения медико-социальной экспертизы в редакции приказа Министра труда и социальной защиты населения РК от 07.02.2018 № 43.
136. Приложение 17 к Правилам проведения медико-социальной экспертизы.
137. Электронный ресурс www.invalidnost.com
138. Электронный ресурс «Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан» www.lex.uz/pdfs/1828066
139. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», пункт 1.
140. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», подпункты 2 и 3 пункта 38.
141. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1033 «Об утверждении перечня заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев».
142. Приложение 6 к Правилам проведения медико-социальной экспертизы в редакции приказа Министра труда и социальной защиты населения РК от 07.02.2018 № 43.
143. Приложение 7 к Правилам проведения медико-социальной экспертизы в редакции приказа Министра труда и социальной защиты населения РК от 07.02.2018 № 43.
144. Приложение 17 к Правилам проведения медико-социальной экспертизы.
145. Электронный ресурс www.invalidnost.com
146. Электронный ресурс «Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан» www.lex.uz/pdfs/1828066
147. Приложение 1 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452.
148. Приложение 4 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452.
149. Паритет – наличие родов в анамнезе или число родов в прошлом.

150. Приложение 7 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452.
151. Приложение 8 к Алгоритму обследования женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452.
152. Приложение 4 к Правилам поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 25.08.2017 года № 643 (вводится в действие с 01.01.2018 года).
153. Статистический сборник «Женщины и мужчины. 2012-2016 гг.», пункт 3.13 «Материнская смертность».
154. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году», таблица № 50 «Материнская смертность».
155. Статистический сборник «Женщины и мужчины. 2012-2016 гг.», пункт 3.14 «Число умерших беременных, рожениц и родильниц».
156. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году», таблица № 50 «Материнская смертность».

