



OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

Общественное объединение «Аман плюс»

Соблюдение прав потребителей инъекционных наркотиков в контексте получения медицинских услуг

Отчет по результатам мониторинга,
проведенного при поддержке Фонда «Сорос-Кыргызстан»
и инициативы «Право и здоровье»
программы «Общественное здравоохранение»
Института «Открытое общество»

Общественное объединение «Аман плюс»



OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

Соблюдение прав потребителей инъекционных наркотиков в контексте получения медицинских услуг

Отчет по результатам мониторинга, проведенного при поддержке Фонда «Сорос-Кыргызстан» и инициативы «Право и здоровье» программы «Общественное здравоохранение» Института «Открытое общество»

Я 3-4 раза в год ходила к гинекологу на плановое обследование в частную клинику. По моему внешнему виду врач догадалась о том, что я колюсь... Как только она об этом узнала, ее отношение ко мне изменилось в худшую сторону... Даже в грубой форме сказала: «О детях даже и не мечтай!»

-- «Света», бывшая наркопотребитель.

Отчет подготовлен общественным объединением «Аман плюс»

Редакция: Акейша Шилдс и Дмитрий Кабак

Редакционная помощь: Нургуль Джаманкулова

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Краткое изложение полученных данных.....	6
Краткие выводы.....	7
Краткое изложение рекомендаций.....	8
Методология исследования и сбор данных.....	9
Правовой анализ.....	11
<i>Право на доступность.....</i>	<i>11</i>
<i>Доступность услуг здравоохранения.....</i>	<i>11</i>
<i>Отсутствие дискриминации.....</i>	<i>12</i>
<i>Право на согласие на основе полной информации.....</i>	<i>12</i>
<i>Право на свободу выбора.....</i>	<i>13</i>
<i>Право на приватность и конфиденциальность.....</i>	<i>13</i>
<i>Право на уважение времени пациентов.....</i>	<i>14</i>
<i>Право на соблюдение стандартов качества.....</i>	<i>14</i>
<i>Право на безопасность.....</i>	<i>15</i>
<i>Право на предотвращение по мере возможности страданий и боли.....</i>	<i>15</i>
<i>Право на подачу жалобы.....</i>	<i>16</i>
Нарушения прав пациентов.....	17
<i>Негуманное отношение к пациентам-наркопотребителям, а также отказ в лечении.....</i>	<i>17</i>
<i>Нарушение права на получение доступной и качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения.....</i>	<i>18</i>
<i>Нарушение права в предоставлении качественного ухода.....</i>	<i>18</i>
<i>Нарушение права в обеспечении индивидуального подхода к пациенту.....</i>	<i>20</i>
<i>Нарушение права в предоставлении своевременной неотложной помощи.....</i>	<i>20</i>
<i>Нарушение права на конфиденциальность информации.....</i>	<i>20</i>
<i>Нарушение прав пациентов на получение скорой медицинской помощи.....</i>	<i>22</i>
Взаимодействие между сотрудниками НПО, занимающимися социальным сопровождением, и медицинским персоналом.....	23
Заключение.....	24
Рекомендации.....	26
Выражение благодарности.....	29
Список используемых сокращений.....	29
Приложение.....	30
<i>Вопросник для врачей общей практики.....</i>	<i>30</i>
<i>Вопросник для потребителей инъекционных наркотиков.....</i>	<i>32</i>
<i>Вопросник для врачей Республиканского центра наркологии.....</i>	<i>35</i>
<i>Вопросник для бригад скорой помощи.....</i>	<i>37</i>

ВВЕДЕНИЕ

Официальные данные свидетельствуют об осложнении ситуации, связанной с употреблением инъекционных наркотиков в Кыргызской Республике¹. В период с 1991 г. по 2003 г. количество учтенных наркозависимых лиц увеличилось более чем в три раза, первичная заболеваемость наркоманией выросла более чем в 5 раз.. С точки зрения структуры употребления, основным видом потребляемых наркотиков стали опиаты (рост с 13% в 1991 г. до 63,5% в 2002 г.), а основной формой принятия наркотических средств стали инъекции (рост с 14,1% в 1991 г. до 58,3% в 2002 г.). Более 70% из числа наркопотребителей составляют молодые люди в возрасте до 35 лет.

Рост заболеваемости наркоманией сопровождается увеличением случаев заражения вирусом ВИЧ и инфекционных гепатитов. В настоящее время более 80% из числа ВИЧ-позитивных являются потребителями инъекционных наркотиков и более половины из них страдают гепатитами В, С и D.

С сентября 2006 года по сентябрь 2007 года Общественное объединение «Аман плюс» проводило исследование на предмет соблюдения прав потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) при обращении за услугами системы здравоохранения. Изучалось соблюдение врачебной тайны, а также права на получение своевременной и полноценной медицинской помощи потребителями инъекционных наркотиков. Особое внимание уделялось проявлениям в работе системы общественного здравоохранения дискриминации, основанной на принадлежности к исследуемой группе. Данные факты должны стать предметом обсуждения на официальном уровне с целью поиска путей урегулирования проблемы. Также важно привлечение внимания правозащитных организаций к выявленным проблемам.

Для целей настоящего исследования авторами был использован перечень прав пациентов, закрепленный в Европейской хартии прав пациентов.² Европейская хартия прав пациентов не является юридически обязательным документом, однако права, перечисленные в ней, соответствуют международным обязательствами Кыргызской Республики, вытекающими из основных договоров ООН по правам человека.

В рамках настоящего исследования в первую очередь ставилась задача определить степень доступности медицинских услуг для представителей исследуемой уязвимой группы. Поднимался вопрос, хотят ли данные люди обращаться за медицинской помощью; знают ли они, куда следует обращаться в случае необходимости; и могут ли они это сделать на практике.

Также ставилась задача – определить соответствие качества медицинской помощи, отвечающей как высоким технологическим стандартам, так и принципам человечности в отношениях между пациентом и учреждениями, оказывающими медицинские услуги.

Другим важным аспектом исследования стали правила формирования очереди на получение медицинской помощи, поскольку пациенты должны быть увере-

¹ Приказ Министерства здравоохранения КР «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию наркологической помощи в Кыргызской Республике», г.Бишкек от 12 февраля 2004 года №65.

² См. текст на русском языке: Австрийско-американский фонд, www.aaf-online.org/docs/seminars/2007/I_European_Patients_Rights_ru.pdf.

ны, что любая «сортировка» при формировании очередности основана исключительно на медицинских критериях и исключает дискриминационные факторы.

Также ставилась задача изучить последствия несвоевременной или ненадлежащим образом оказанной медицинской помощи на состояние здоровья пациентов, относящихся к ПИН. Изучалось проявление осложнений в результате задержки или ненадлежащего оказания медицинской помощи, перенаправления в другие учреждения и вызванные ими прерывание или прекращение лечения, а также случаи смерти.

Изучалась степень информированности ПИН и работников здравоохранения в правовых вопросах, поскольку правовая защищенность – гарант безопасности, а знание собственных прав и прав взаимодействующей стороны способствует четкому выполнению обязанностей обеих сторон.

Основным медицинским учреждением, куда чаще всего ПИН обращаются за медицинской помощью в случаях интоксикации и передозировки, является Республиканский центр наркологии (РЦН). Как и другие члены общества, представители данной группы имеют право на получение любой медицинской помощи. Посредством настоящего исследования планировалось определить, пользуются ли наркопотребители данным правом в должной мере или существуют обстоятельства, ограничивающие их в данном праве.

На начальном этапе исследования существовала гипотеза, что правонарушения со стороны сотрудников здравоохранения имеют место, в частности, в отношении ПИН. Сотрудники организации «Аман плюс», которая непосредственно работает с потребителями наркотиков, неоднократно слышали от своих клиентов жалобы на сотрудников здравоохранения: «не осмотрели», «не назначили лечения», «не оформили на госпитализацию» и т.п. В итоге было принято решение провести исследование для подтверждения обоснованности данных жалоб и выяснения, действительно ли клиенты организации оказываются за пределами нормального человеческого отношения, насколько глубоко обстоит проблема дискриминации в области общественного здравоохранения.

Для исследования были взяты медицинские учреждения г. Бишкек. Это обосновано расположением в столице всех центральных больниц, предоставляющих медицинские услуги на национальном уровне. По мнению исследователей, по результатам, полученным в данных учреждениях, можно судить о ситуации по стране в целом, принимая во внимание, что оснащение центральных медицинских учреждений обычно оставалось на более высоком уровне, чем учреждений в регионах.

Опрос ПИН производился в реабилитационном центре «Аман», в Drop-in центре ОО «Аман плюс»³, а также в местах их скопления. Опрос медицинских работников производился на базе больниц, в которые, на взгляд исследователей, чаще обращаются ПИН: Городская больница №4 (отделение травматологии), центральный пункт Станции скорой и неотложной медицинской помощи г.Бишкек (ССНМП), Республиканская клиническая больница (отделение тера-

³ Drop-in центр – центр обслуживания посетителей без предварительной записи (в порядке «живой» очереди).

пии), Республиканский центр наркологии. Часть данных получена от ОО «Таис плюс», располагавшего сведениями о нарушениях прав ПИН и других уязвимых групп в больницах.

Сорок респондентов из числа потребителей наркотиков можно охарактеризовать следующим образом. По половому признаку: мужчины – 28 человек, женщины – 12 человек. Возрастной параметр не учитывался и колеблется от 19 до 40 лет. Четырнадцать опрошенных респондентов находятся в состоянии ремиссии, которая колеблется от нескольких дней до 3 лет. Основные виды употребляемого наркотика – героин и опий. Пять респондентов находятся на заместительной терапии метадонном. Стаж употребления наркотиков распределяется следующим образом: 9 месяцев – 1 человек, от 2 до 10 лет – 25 человек, от 10 до 20 лет – 14 человек. По уровню образования опрошенные имеют: среднее – 17 человек, среднее специальное – 6 человек, высшее – 9 человек, неоконченное высшее – 4 человека.

Респонденты из числа сотрудников скорой помощи (ССНМП) характеризуются следующим образом: по половому признаку: мужчины – 10 человек, женщины – 6 человек, по должности: врачи – 8 человек, фельдшеры – 7 человек. По стажу работы в бригадах скорой помощи: фельдшеры: менее 5 лет – 5 человек, более 5 лет – 2 человека; врачи: менее 5 лет – 3 человека, более 5 лет – 5 человек.

Респонденты из числа врачей Республиканского центра наркологии (РЦН): по половому признаку: мужчины – 3 человек, женщины – 12 человек. По стажу работы в РЦН: менее 5 лет – 3 человек, более 5 лет – 12 человек.

Данные о врачах общей практики. По половому признаку: мужчины – 12 человек, женщины – 3 человек. Опрос врачей общей практики проводился в травматологической больнице (10 человек) и в отделениях общей терапии (5 человек).

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

В ходе исследования сделан вывод, что взаимодействие между ПИН и медицинскими службами имеет определенную структуру. Медицинская помощь не всегда доступна для представителей исследуемой уязвимой группы.

Было установлено, что наркопотребители не получают необходимую медицинскую помощь своевременно. В первую очередь это связано с тем, что, употребляя наркотики, они не обращаются в больницы или другие медицинские службы. Из числа 40 опрошенных потребителей наркотиков 11 человек никогда не обращались к врачам в период потребления наркотиков. Шестеро из них не имели проблем со здоровьем, а 5 человек назвали в качестве причины отсутствие денег. Три человека имели проблемы со здоровьем и занимались самолечением; не обращение за помощью было связано со страхом раскрытия статуса наркопотребителя. Только четыре человека из опрошенных ПИН строго следили за своим здоровьем, регулярно посещали медицинские учреждения. Трое из них ходили к частным врачам, считая оплату лечения гарантом своей безопасности и качественного лечения.

Несвоевременное получение медицинской помощи также связано с тем, что в структуре здравоохранения существуют определенные ограничения при госпитализации, о чем свидетельствовало три случая. Один случай связан с тем, что

у ПИН не имелось прописки, и в больнице не хотели госпитализировать по причине ее отсутствия, два других случая – обращение в больницу, профиль которой не соответствовал состоянию больного. Причем два случая были описаны сотрудниками НПО «Таис плюс», занимающейся социальным сопровождением.

На практике оказания специализированными НПО помощи своим клиентам удалось выявить проблему недостаточной информированности сотрудников НПО и пациентов о специфике работы медицинских учреждений – их специализации и закреплении сфер ответственности. Отсутствие прописки нередко становится препятствием для госпитализации организациями своих клиентов.

Во время предоставления услуг медицинскими работниками отмечены нарушения, связанные со статусом наркопотребителя. Двенадцать респондентов при поступлении в больницу сами раскрыли свой статус потребителя наркотиков, полагая, что врач должен об этом знать. Семь человек признались, что употребляют наркотики после того, как врач спросил об этом, заметив следы уколов или определив по внешнему виду. Десять человек не раскрыли своего статуса, считая, что врачу не обязательно знать об этом. Восемь человек отметили изменение поведения врача после получения информации в худшую сторону, в том числе прекращение ежедневного осмотра, прекращение ухода, предоставление неполного пакета необходимых лекарственных препаратов, игнорирование просьб и пожеланий пациента, проявление грубого или невежливового отношения, введение ограничений в отношении перемещения по отделению. Таким образом, установление статуса наркопотребителя негативно влияет на качество оказания медицинских услуг, в том числе с серьезными последствиями для жизни пациента. Имеется два случая нарушения конфиденциальности сведений о статусе наркопотребителя со стороны медицинских работников. Два респондента указали случаи преждевременной выписки из больницы.

Интервьюирование работников здравоохранения отрицало возможность совершения медицинскими работниками озвученных пациентами примеров правонарушений. По мнению медицинских работников, все медицинские услуги оказываются своевременно, качественно и без негативных последствий.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ

В результате исследования сделан вывод о наличии аутостигматизации среди потребителей инъекционных наркотиков. Основной причиной чего является непросвещенность представителей данной уязвимой группы в правовых вопросах, прежде всего, применительно к правам пациента. Незнание своих прав приводит к тому, что наркопотребитель не может в полной мере пользоваться правами в своих интересах. Происходит снижение процента обращающихся в больницы за квалифицированной помощью, отсутствуют притязания к качеству медицинских услуг, отмечается рост уровня смертности среди наркопотребителей. В ходе исследования не выявлено ни одного случая подачи письменных жалоб по фактам нарушений.

Второй немаловажный вывод – низкий уровень качества медицинских услуг, предоставляемых государственными медицинскими учреждениями, а также несвоевременность оказания неотложной помощи.

Низкий уровень заработной платы медицинских работников не способствует позитивному подкреплению работы персонала, что сказывается на качестве предоставляемых услуг. Нехватка необходимых препаратов также сказывается на уровне качества медицинской помощи. Учитывая низкие иммунитет и болевой порог представителей исследуемой уязвимой группы, возрастает потребность в усиленном лечении. Остро стоит вопрос оснащения государственных больниц необходимыми хозяйственными принадлежностями, а также нехватки койко-мест для пациентов.

Медицинским персоналом не соблюдаются этические и моральные нормы в отношении ПИН. Это проявляется в разглашении статуса ПИН, причем не только в среде медицинских работников, но и среди пациентов и посетителей медицинских учреждений. Данная практика является стигматизирующим фактором.

Вызывает озабоченность безнаказанность медицинских работников за халатное отношение к своей работе. Исследование выявило случаи с серьезными последствиями, вплоть до летального исхода. Пациенты не информированы о случаях разбирательств и привлечения к ответственности по нарушениям. Как следствие, пациенты не всегда обращаются с жалобами, а виновные лица не несут ответственности за чужую жизнь. Особенно когда пациент – потребитель наркотиков.

Третий немаловажный вывод – работники здравоохранения практически не владеют сведениями о работе НПО с данной уязвимой группой. Медицинские специалисты знают только о РЦН, как государственной больнице, и что там можно получить курс дезинтоксикационной терапии. Ни один из опрошенных врачей, исключая врачей РЦН, не знает о развитии в нашей стране работы в области реабилитации наркопотребителей, о правовых клиниках, о телефонах доверия и Drop-in центре для ПИН.

Врачи говорят, что проводят с пациентом просветительские беседы о вреде наркотиков, если известно о статусе наркопотребителя, однако этим дело ограничивается. Ни один врач не предоставляет необходимую информацию о существующих НПО и, тем более, об услугах, которые пациент может получить. Деятельность многих НПО рассматривается медицинскими работниками государственных учреждений как ненужная или лишняя. Отсутствие представление о вопросах социальной адаптации наркопотребителей, а также проблем, с которыми приходится сталкиваться сотрудникам НПО при социальном сопровождении ПИН в больницы и поликлиники.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В ходе исследования сделан вывод, что необходимы действия для улучшения сложившейся ситуации и прекращения нарушений прав пациентов-наркопотребителей медицинскими работниками.

В первую очередь, необходимо снизить уровень аутостигматизации в среде наркопотребителей. Необходимо развивать программы информирования пациентов о существующих гарантиях и правах пациентов при оказании медицинской помощи. Важно, чтобы данные программы были адаптированы к наиболее уяз-

вимым группам пациентов, к которым относятся наркопотребители. Должна проводиться непосредственная работа с работниками здравоохранения – врачами и младшим медицинским персоналом.

Как показали результаты исследования, просвещенность работников здравоохранения в области наркотической зависимости и типов взаимодействия с наркопотребителями оставляет желать лучшего. Никто из работников не сказал, что знаком с программами, работающими в данной области. Врачи ограничиваются разъяснительными беседами о вреде наркотиков, когда каждый зависимый человек знает об этом, но не всегда владеет информацией о способах выхода из зависимости. По мнению исследователей, в первую очередь врачи должны быть готовы к обращению наркопотребителей с данной проблемой, как минимум владеть информацией, куда можно обратиться за помощью.

Необходимо развивать сотрудничество с НПО. Это обусловлено востребованностью данного звена в структуре взаимодействия «ПИН – медицинский работник». Усиление работы в данном направлении будет способствовать устранению возможных негативных ситуаций. Усиление работы НПО в области социального сопровождения для ПИН позволит ускорить процесс налаживания взаимодействия «ПИН – медицинский работник». Необходимо, чтобы работа велась во всех трех направлениях – как с ПИН, так и с работниками здравоохранения и с НПО.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И СБОР ДАННЫХ

Для данного исследования сотрудники «Аман плюс» разработали методологию и план проведения исследования. Во время разработки концепции мониторинга использовались материалы Хельсинкского фонда по правам человека (Варшава).

Мониторингом были охвачены следующие группы респондентов:

1. ПИН – 40 человек.
2. Работники ССНМП – 15 человек.
3. Врачи РЦН – 15 человек.
4. Врачи общей практики – 15 человек.
5. Работники партнерской НПО «Таис плюс» – 3 человека, которые предоставили 8 случаев, в которых, на их взгляд, отмечались нарушения прав пациентов.

Для опроса респондентов были использованы анкеты, разработанные совместно с Акейшей Шилдс, консультантом. Сбор данных проводился в форме индивидуального интервьюирования. Образцы анкет см. в Приложении.

Из сорока ПИН 26 респондентов отказались называть свои имена или оставлять контактные данные. Основной причиной этого был страх, что данная информация может быть использована против них. Опрошенные боялись также раскрытия статуса потребителя наркотиков: «А вдруг кто-то из близких родственников узнает об этом или знакомые увидят адрес и поймут, что это я. Не хочу, чтобы об этом кто-то знал...». Из пятнадцати проинтервьюированных сотрудников ССНМП четверо оставили свои контактные данные. Остальные отвечали анонимно. Необходимо отметить, что изначально аутич-работники, участвующие в ис-

следовании, подошли к заведующему психиатрической бригады и официально попросили разрешения провести опрос сотрудников, но получили категорический отказ без объяснения причин: «Просто нельзя, зачем вам это надо, я не вижу в этом смысла. Работаем мы хорошо...». Столкнувшись с отсутствием сотрудничества со стороны заведующего отделением, интервьюирование сотрудников проводилось индивидуально.

При анкетировании в РЦН только четверо опрошенных назвали свои имена и фамилии, остальные решили остаться анонимными респондентами. Все сотрудники РЦН легко шли на контакт, к вопросам относились критически, не нравилась формулировка.

Среди врачей общей практики ни один из опрошенных не изъявил желания оставлять контактные данные, все отвечали анонимно.

Следует отметить, что многие медицинские работники не хотели идти на контакт, а когда узнавали о том, что вопросы будут касаться наркопотребителей, то и вовсе отказывались участвовать в опросе. Среди врачей общей практики ситуация была не лучше. Особенно негативное отношение отмечалось со стороны работников с большим стажем работы, врачей в возрасте старше 35 лет, причем как в службе скорой помощи, так и в других больницах. Отказ принять участие в опросе медики объясняли нехваткой времени, загруженностью или несущественностью вопросов: «А что эти наркоманы, лучше бы о бедных спросили...», «Я с ними не сталкивался...», «Нашли что спрашивать, я травматолог...» и т.п.

Сотрудники партнерской НПО «Таис плюс» предоставили описание восьми конкретных случаев, в которых, на их взгляд, были нарушения со стороны медицинских работников. В целях защиты интересов пациентов их имена в настоящем отчете не указываются. Случаи, описанные НПО «Таис плюс», являются проверенными, так как данная организация оказывает услугу «социальное сопровождение», включающую в себя сопровождение в медицинские учреждения для получения клиентами медицинских услуг. Среди клиентов также имеются потребители наркотиков.

При проведении исследования в качестве основного инструментария использовались анкеты, как с открытыми, так и с закрытыми вопросами. При опросе сотрудников НПО, предоставивших информацию о нарушении прав у их клиентов, использовался метод полуструктурированного интервью. Им задавались вопросы в отношении имевшихся случаев нарушений. Опросить клиентов, в отношении которых допущены нарушения, не представлялось возможным, так как на момент опроса данных людей в организации не было.

Интервьюируемым предоставлялась возможность оставаться анонимными респондентами, поэтому в конкретных описаниях случаев используются псевдонимы, а не настоящие имена.

При проведении исследования также изучались положения уставов, положений, инструкций и других внутренних документов учреждений, а также национальных нормативных правовых актов и международных договоров.

ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ⁴

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

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

В Общих замечаниях Комитета по экономическим, социальным и культурным правам к статье 12 МПЭСКП речь идет о праве на наивысший достижимый уровень здоровья.⁵ Данное замечание общего порядка устанавливает международный стандарт по важным вопросам, связанным с правами пациентов, таким как согласие на лечение, конфиденциальность информации о состоянии здоровья и отсутствие дискриминации.

ПРАВО НА ДОСТУПНОСТЬ

*Право на доступность понимается как право каждого на доступность медицинских услуг, требующихся человеку по состоянию здоровья. Медицинские службы должны гарантировать равную доступность для всех без дискриминации по признакам наличия финансовых ресурсов, места проживания, вида заболевания или времени обращения за помощью.*⁶

Доступность услуг здравоохранения

В Международных соглашениях говорится, что государства должны создавать такие условия, когда каждому в случае болезни гарантируется медицинское обслуживание и медицинская помощь.⁷

Конституция признает право на охрану здоровья, регулируя порядок получения медицинской помощи законом. Она гарантирует бесплатное оказание первой медицинской помощи и медицинской помощи по некоторым видам заболеваний. Конституция также признает право медицинской помощи социально

⁴ Этот раздел подготовил Дмитрий Кабак специально для Программы «Право и здравоохранение» Фонда «Сорос-Кыргызстан».

⁵ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка №14 (2000 г.) о праве на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

⁶ Статья 2 Европейской хартии прав пациентов.

⁷ Статья 12, абзац 2 (d) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

уязвимым слоям населения. Получение помощи гарантируется как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях.⁸ Право на скорую медицинскую помощь прописано в местном законодательстве, по которому гарантирует срочное медицинское вмешательство по жизненным показаниям.⁹

Отсутствие дискриминации

Международные договоры Кыргызской Республики запрещают дискриминацию в пользовании правами и свободами.¹⁰ В МПЭСКП особо оговаривается гарантия доступа к услугам здравоохранения и услугам без дискриминации.¹¹

В Кыргызской Республике гарантируется равенство всех людей перед законом и судом. Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации, ущемлению свобод и прав по мотивам происхождения, пола, расы, национальности, языка, вероисповедания, политических и религиозных убеждений или по каким-либо иным обстоятельствам личного или общественного характера.¹²

Внутреннее законодательство гарантирует предоставление услуг здравоохранения на недискриминационной основе.¹³ Присяга врача включает в себя оказание медицинской помощи больным, невзирая на национальность, социальное положение, политические взгляды и религию, уважая их человеческое достоинство.¹⁴

ПРАВО НА СОГЛАСИЕ НА ОСНОВЕ ПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ

*Данное право понимается как право каждого на получение любого рода информации, которая позволит ему/ей активно участвовать в принятии решений относительно своего здоровья; эта информация является обязательным предварительным условием проведения любой процедуры и лечения, включая участие в научных исследованиях.*¹⁵

Принятые Кыргызской Республикой обязательства в рамках международных договоров гарантируют свободу каждого не получать медицинскую помощь без согласия.¹⁶ Эти международные инструменты также гарантируют право на согласие на основе полной информированности, включая право защищать жизнь и здоровье¹⁷ и право на получение и свободу использования информации.¹⁸

Право получать информацию признано в соответствии с Конституцией.¹⁹ Внутреннее законодательство дает пациентам право на информацию о состоянии здоровья, включая право на получение информации в доступной форме и

⁸ Статья 34, разделы 1 и 2 Конституции Кыргызской Республики.

⁹ Статьи 22 и 23 Закона «Об охране здоровья граждан в КР».

¹⁰ Статья 2, абзац 1 Международного пакта о гражданских и политических правах; Статья 2, абзац 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах; и другие.

¹¹ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

¹² Статья 13, раздел 3 Конституции Кыргызской Республики.

¹³ Статья 61 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

¹⁴ Статья 92 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

¹⁵ Статья 4 Европейской хартии прав пациентов.

¹⁶ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

¹⁷ Статья 9, абзац 1 Международного пакта о гражданских и политических правах.

¹⁸ Смотри Международный пакт о гражданских и политических правах, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей.

¹⁹ Статья 14, раздел 3, абзац 13 Конституции Кыргызской Республики.

на получение информации о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.²⁰ Запрещается проводить медицинские, биологические, психологические опыты над людьми без их надлежащим образом выраженного и удостоверенного добровольного согласия.²¹

ПРАВО НА СВОБОДУ ВЫБОРА

*Каждый имеет право на свободу выбора между различными медицинскими процедурами и учреждениями (специалистами) на основе адекватной информации.*²²

Осознанный и ответственный выбор может происходить только на основе соответствующей информации, которую пациенту должны представлять медицинские учреждения и их сотрудники. Ряд международных договоров детализирует право на получение информации²³ и на признание человека субъектом закона, обладающим правами и несущим обязанности.²⁴

В соответствии с законодательством Кыргызской Республики пациент наделен правом получать в доступной форме информацию о методах лечения и связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях, сведения о медицинском персонале, участвующем в обследовании или лечении.²⁵ Права пациента включают возможность выбора лечащего врача, отказ от участия студентов в процессе диагностики и лечения,²⁶ выбор семейного врача и врача общей практики.²⁷

ПРАВО НА ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

*Каждый имеет право на конфиденциальность личной информации, включая информацию о своем состоянии здоровья и предполагаемых диагностических либо терапевтических процедурах, а также на защиту своей приватности во время проведения диагностических осмотров, посещений медицинских специалистов и в целом при медицинских и хирургических вмешательствах.*²⁸

В соответствии с международным законодательством по правам человека, никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств²⁹ и особое право на то, чтобы данные, имеющие отношение к состоянию его здоровья, считались конфиденциальными.³⁰

²⁰ Статья 73 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

²¹ Статья 19, раздел 2 Конституции Кыргызской Республики.

²² Статья 5 Европейской хартии прав пациентов.

²³ См. Мировой пакт о гражданских и политических правах, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей.

²⁴ Статья 16 Международного пакта о гражданских и политических правах.

²⁵ Статья 73 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

²⁶ Статья 72 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

²⁷ Статьи 61 и 66 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

²⁸ Статья 6 Европейской хартии прав пациентов.

²⁹ Статья 17, абзацы 1 и 2 Международного пакта о гражданских и политических правах.

³⁰ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

Конституция Кыргызской Республики признает право на неприкосновенность частной жизни³¹ и не допускает сбор, хранение, использование и распространение конфиденциальной информации о лице без его согласия, кроме случаев, установленных законом.³²

Гарантии конфиденциальности включаются в понятие врачебной тайны, которая охватывает сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании или лечении.³³ Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.³⁴

ПРАВО НА УВАЖЕНИЕ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ

*Каждый имеет право на получение необходимого лечения без промедления, в течение заранее установленного срока. Это право относится к каждому этапу лечения.*³⁵

МПЭСКП требует создания условий, которые гарантировали бы каждому предоставление медицинской помощи в случае болезни.³⁶ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам интерпретирует это условие таким образом, чтобы включать гарантию равного и своевременного доступа к лечению. В основных документах ООН не устанавливаются стандарты своевременности конкретного лечения.

По Конституции Кыргызской Республики порядок получения медицинской помощи устанавливается законом.³⁷ Законодательство возлагает на организации здравоохранения обязанность обеспечить своевременную медицинскую помощь в соответствии с выделенными материальными и финансовыми ресурсами.³⁸ Право на уважение времени пациентов определяется соответствующими программами государственных гарантий, утверждаемых уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения.³⁹

ПРАВО НА СОБЛЮДЕНИЕ СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА

*Каждый имеет право на доступность качественного медицинского обслуживания на основе спецификации в точном соответствии со стандартами.*⁴⁰

Международные договоры Кыргызской Республики возлагают на государство обеспечение права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.⁴¹

В Кыргызской Республике закон признает за пациентом право на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохра-

³¹ Статья 14, раздел 3 Конституции Кыргызской Республики.

³² Статья 14, раздел 4 Конституции Кыргызской Республики.

³³ Статья 91 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

³⁴ Статья 91 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

³⁵ Статья 7 Европейской Хартии прав пациентов.

³⁶ Статья 12, абзац 2 (d) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

³⁷ Статья 34, раздел 2, абзац 2 Конституции Кыргызской Республики.

³⁸ Статья 95 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

³⁹ Статья 10 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». В большей части случаев в качестве уполномоченного государственного органа, скорее всего, выступает либо Министерство здравоохранения, либо Фонд обязательного медицинского страхования.

⁴⁰ Статья 8 Европейской хартии прав пациентов.

⁴¹ Статья 12, абзац 1 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

ранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой.⁴² Закон устанавливает ответственность лиц, оказывающих медико-санитарную помощь, за необеспечение качества.⁴³ С целью улучшения качества медицинской помощи уполномоченный орган в области здравоохранения осуществляет аккредитацию лиц, занимающихся медицинской деятельностью,⁴⁴ управляет качеством медико-санитарной и санитарно-профилактической помощи, координирует качество образования, обеспечивает контроль качества, безопасности и эффективности лекарственных средств.⁴⁵

ПРАВО НА БЕЗОПАСНОСТЬ

*Каждый имеет право на свободу от вреда, причиненного ненадлежащим функционированием системы здравоохранения, халатностью и ошибками медработников, а также право на доступность медицинских услуг и лечебных процедур, соответствующих высоким стандартам безопасности.*⁴⁶

Безопасность медицинской помощи обеспечивается посредством требования законодательного закрепления порядка ее оказания.⁴⁷ Лица, оказывающие медико-санитарную помощь, несут ответственность за необеспечение ее безопасности.⁴⁸ Уполномоченный государственный орган в области здравоохранения обеспечивает контроль безопасности.⁴⁹

ПРАВО НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПО МЕРЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТРАДАНИЙ И БОЛИ

*Каждый имеет право по мере возможности избежать страданий и боли на каждом этапе своего заболевания.*⁵⁰

Каждый человек обладает правом на личную неприкосновенность.⁵¹ Международные стандарты по правам человека включают признание достоинства, присущего каждому человеку с момента рождения.⁵² Юридические инструменты особо подчеркивают, что никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию.⁵³ Причинение сильной боли или страдания, физического или нравственного, государственным должностным лицом или иным лицом, действующим в официальном качестве, по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, рассматривается в качестве пытки.⁵⁴

Конституция Кыргызской Республики обеспечивает защиту от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство наказания.⁵⁵ Облегчение

⁴² Статья 72 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴³ Статья 4 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴⁴ Статья 6 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴⁵ Статья 10 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Здесь также, в качестве уполномоченного государственного органа, скорее всего, выступает либо Министерство здравоохранения, либо Фонд обязательного медицинского страхования.

⁴⁶ Статья 9 Европейской хартии прав пациентов.

⁴⁷ Статья 34, раздел 2, абзац 2 Конституции Кыргызской Республики.

⁴⁸ Статья 4 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁴⁹ Статья 10 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Министерство здравоохранения и другие органы, которым государство делегирует полномочия, несут ответственность за регулирование процедур безопасности.

⁵⁰ Статья 11 Европейской хартии прав пациентов.

⁵¹ Статья 9, абзац 1 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁵² Всеобщая декларация прав человека.

⁵³ Статья 7 Международного пакта о гражданских и политических правах.

⁵⁴ Статья 1 Конвенция против пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

⁵⁵ Статья 19, абзац 1 Конституции Кыргызской Республики.

страданий больного по мере сил, знаний и умений входит в присягу врача.⁵⁶ Внутреннее законодательство предусматривает, что пациенты имеют право на лечение при гуманном отношении со стороны медицинского и обслуживающего персонала.⁵⁷

ПРАВО НА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ

*Каждый, в случае причинения ему/ей вреда, имеет право жаловаться и получить ответ или иную обратную связь.*⁵⁸

В договорах ООН по правам человека каждому гарантируется право на эффективные меры защиты нарушенных прав.⁵⁹ В Замечаниях общего порядка к статье 12 МПЭСКП Комитет по экономическим, социальным и культурным правам недвусмысленно говорит о том, что в соответствии с Пактом "любое лицо или группа лиц, ставшие жертвами нарушения права на здоровье, должны иметь доступ к эффективным судебным или иным надлежащим средствам правовой защиты, как на национальном, так и на международном уровнях. Все жертвы подобных нарушений должны иметь право на адекватное возмещение ущерба в форме реституции, компенсации, сатисфакции или гарантий неповторения. Борьбой с нарушениями права на здоровье должны заниматься национальные уполномоченные и комиссии по правам человека, форумы потребителей, ассоциации по защите прав пациентов или аналогичные учреждения".⁶⁰ Право на подачу жалобы предусмотрено в случае применения пыток и жестокого обращения или наказания.⁶¹

В Кыргызской Республике, в случае нарушения своих прав, пациент может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные государственные медицинские организации либо в суд. Законодательство устанавливает 30-дневный срок на рассмотрение обращений.⁶² При наличии состава преступления или правонарушения заявитель должен обратиться с заявлением в уполномоченные органы – органы внутренних дел, прокуратуру, суд.⁶³

⁵⁶ Статья 92 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁵⁷ Статья 92 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».

⁵⁸ Статья 13 Европейской хартии прав пациентов.

⁵⁹ Статья 2, абзац 3 (a, b, c) Международного пакта об гражданских и политических правах.

⁶⁰ Основные вопросы, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах).

⁶¹ Статья 13 Конвенция против пыток и других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

⁶² Статья 8 закона КР «О порядке рассмотрения обращений граждан».

⁶³ Уполномоченный орган определяется подследственностью согласно ст. 163 УПК КР или главы 41 Кодекса об административной ответственности КР.

НАРУШЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

НЕГУМАННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТАМ–НАРКОПОТРЕБИТЕЛЯМ, А ТАКЖЕ ОТКАЗ В ЛЕЧЕНИИ

Наркопотребители, опрошенные в ходе данного исследования, отметили стигматизацию и унижающее обращение со стороны медицинских специалистов, в том числе часто приводящие к отказу в лечении. Некоторые врачи позволяют себе стигматизирующие высказывания в адрес пациентов с наркотической зависимостью, считая, что раз человек может позволить себе находить деньги на наркотики, то сможет найти и на лечение. Некоторые открыто говорят об этом, считая подобные высказывания допустимыми. Подобное поведение врачей является проявлением дискриминации в отношении к ПИН. В некоторых случаях это приводит к прекращению обращения наркопотребителей за квалифицированной помощью и переходу на самолечение. В таких случаях никто не несет ответственность за отказ в предоставлении помощи и причиненные последствия.

Некоторые опрошенные ПИН отмечают, что после того, как медицинский работник узнает об употреблении пациентом наркотиков, отношение меняется в худшую сторону: становится грубым и не вежливым, исчезает желание оказывать помощь, проявляется небрежность при оказании услуг.

Света (псевдоним), ПИН 1982 г.р., ремиссия 1 год и 1 месяц, г.Бишкек:

*«Я очень сильно следила за своим здоровьем, несмотря на то, что «мазалась». Я 3-4 раза в год ходила к гинекологу на плановое обследование в частную клинику. По моему внешнему виду врач догадалась о том, что я колюсь. Она спросила у меня об этом, и я сказала, что это так. Как только она об этом узнала, ее отношение ко мне изменилось в худшую сторону – обследование проводилось небрежно, стала меньше уделять мне внимания. Даже в грубой форме сказала: «О детях даже и не мечтай!», хотя я и сама это понимала, поэтому регулярно к ней и ходила. Она просто заставила меня сдать анализ на ВИЧ-инфекцию. Мне было неприятно, но я продолжала к ней ходить. Жаловаться – не жаловалась, так как тогда о своих правах ничего не знала. Сейчас я много об этом знаю и не позволю такого отношения».*⁶⁴

Сотрудники НПО «Таис плюс», осуществляющие социальное сопровождение своих клиентов в больницы, сталкивались с такой проблемой как перенаправление в другие медицинские заведения:

*«Мне приходилось доставлять пациентку в наркологию в состоянии алкогольного опьянения. У нее были галлюцинации. Врач ее не приняла, сказала, что это не их профиль, и отправила нас в токсикологию. Скорая нас туда отвезла, и там нас тоже не приняли, сказали ехать в наркологию. Я сказал, что мы только что оттуда, и он был очень недоволен, не хотел принимать. Потом, оставив нас, пошел звонить в наркологию, после чего мы снова туда поехали и только после этого нас приняли. Ну, разве это гуманно?»*⁶⁵

В ходе исследования мы также столкнулись с ситуацией, когда при неоднократном обращении пациента в больницу статус наркопотребителя оказывается причиной, по которой ему отказывали в госпитализации.

⁶⁴ Интервью «Аман плюс» со Светой (псевдоним), Бишкек, май 2007 г.

⁶⁵ Интервью «Аман плюс» с сотрудником «Таис плюс», имя не разглашается по требованию сотрудника, Бишкек, май 2007 г.

Сотрудник НПО «Таис плюс»:

*«Повезли пациентку в больницу на ул. Фучика с абсцессом ноги. В эту больницу как оказалось, клиентка уже неоднократно обращалась. И врач сказал: «Да что вы с ней возитесь, она же наркоманка!» Мы сказали, что будем жаловаться, если ее не примут, на что заведующий отделением сказал: «Жалуйся куда хочешь, я здесь хозяин!» Пришлось искать знакомого профессора, который позвонил, и только после его звонка ее приняли. Когда мы сказали, что внесем сооплату за ее лечение – заведующий смягчился».*⁶⁶

Некоторые врачи не стесняются открыто говорить о своем негативном отношении к наркопотребителям, которое идет в разрез с нормами этики и морали и является проявлением непрофессионализма.

Цитата из анкеты врача. Врач-нарколог, стаж работы – 16 лет:

– Должен ли человек с наркотической зависимостью получать медицинскую помощь по жизненным показаниям (перелом, отравление и т.п.) на общих основаниях? Если нет, то почему?

– *«Нет, потому что они сами выбрали себе такую жизнь, ведь каждому свое».*

– Сколько, по Вашему мнению, наркопотребитель должен платить за медицинские услуги?

– *«По крайней мере, намного больше, чем за сами наркотики».*⁶⁷

Один из врачей РЦН, занимающийся лечением ПИН, открыто выражал свое негативное отношение к представителям данной группы: *«Дискриминация таких потребителей – обязательная необходимость. Нужны службы для принудительной эвтаназии...»*.⁶⁸

НАРУШЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ДОСТУПНОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Как показывает практика, доступ к получению медицинских услуг строго ограничен. Это особенно видно на практике обслуживания ПИН. Документально никаких ограничений не существует, однако взаимоотношения между наркопотребителями и работниками здравоохранения являются стигматизирующими и вызывают снижение обращения наркопотребителей за помощью.

НАРУШЕНИЕ ПРАВА В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КАЧЕСТВЕННОГО УХОДА

Медицинский работник должен приложить все усилия, чтобы качество оказываемой им помощи было на самом высоком уровне.⁶⁹ Практика свидетельствует о нарушении данного требования. Опрос выявил случай, в котором халатное отношение медицинских работников привело к смертельному исходу.

⁶⁶ Интервью «Аман плюс» с сотрудником «Таис плюс», имя не разглашается по требованию сотрудника, Бишкек, май 2007 г.

⁶⁷ Интервью «Аман плюс» с врачом, имя не разглашается по требованию врача, Бишкек, май 2007 г.

⁶⁸ Интервью «Аман плюс» с врачом, имя не разглашается по требованию врача, Бишкек, май 2007 г.

⁶⁹ Статья 1 раздела I Кодекса профессиональной этики медицинского работника Кыргызской Республики. Одобрено Министерством здравоохранения КР от 16 января 2004 года №24.

Сотрудница НПО «Таис плюс»:

«У нас была клиентка, у которой на ягодице был абсцесс и прободная язва 12-перстной кишки. На тот момент мы не знали, что на ягодице именно абсцесс. Ну, болело, а больше беспокоила ее язва. Привезли мы пациентку в больницу на ул. Фучика в отделение хирургии. Там сказали, что необходимо оперировать кишечник. Денег с нас не взяли, сказали принести справку о том, что эта девушка является клиенткой нашего Drop-in центра, и сооплату вносить не надо. Ее выписали через 7 дней после операции, наблюдали в течение 7 дней. Очень редко ее осматривали. Область ягодицы так ни разу и не посмотрели. Во время выписки никаких рекомендаций не дали, сказав «а дальше – езжайте к своему врачу». В центре мы вызвали инфекциониста, он посмотрел область ягодицы и назначил капельницы. Все мы делали сами. Пролежала она месяц. Состояние ухудшалось. Мы повезли ее в Городскую больницу №2 около Шампанвинкомбината. Ее 2 раза резали в области абсцесса. Там она и умерла. По заключению врача – флегмона. Мы никуда не жаловались. Да и куда жаловаться? И что толку, все равно нет смысла, да и волокита...».⁷⁰

После госпитализации человека в больницу он становится пациентом. С этого момента медицинские работники несут ответственность за его жизнь. Приведенный случай демонстрирует, как ненадлежащее выполнение обязанностей привело к смерти человека. В хирургическом отделении не был замечен абсцесс ягодичной области. Это говорит о некачественном осмотре пациента при приеме в больницу. После операции никто ни разу не осмотрел пациентку полностью. Как нам известно, если после операции не было осложнений, выписка производится на 10-й день после операции. В данном случае пациентка была выписана преждевременно и без каких-либо рекомендаций.

Спросив сотрудников НПО об их дальнейших действиях, получили шокирующий ответ: «А зачем, все равно ничего бы не сделали».

Для установления и привлечения виновного лица к ответственности необходимо подать жалобу. Ввиду низкой правовой грамотности и неуверенности клиентов из числа потребителей наркотиков, представители НПО, на наш взгляд, могут взять на себя роль защитника интересов своей целевой группы. Бывший заключенный, будучи клиентом НПО «Таис плюс», попал в инфекционную больницу. Родственников у него не было, оплату за лечение он произвести не смог. В результате чего он остался без качественного осмотра и ухода. Вот что рассказал по этому поводу сотрудник НПО «Таис плюс»:

«Был у нас клиент после заключения с диагнозом «туберкулез легких, осложненный экссудативным плевритом». Мы положили его в инфекционную больницу. Врач его почти не смотрел. Мы попросили осмотреть его, на что нам ответили: «Если он никому не нужен, зачем я буду его смотреть?» После чего мы его сразу забрали и отвели к своему знакомому врачу».⁷¹

⁷⁰ Интервью «Аман плюс» с сотрудником «Таис плюс», имя не разглашается по требованию сотрудника, Бишкек, май 2007 г.

⁷¹ Интервью «Аман плюс» с сотрудником «Таис плюс», имя не разглашается по требованию сотрудника, Бишкек, май 2007 г.

НАРУШЕНИЕ ПРАВА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПАЦИЕНТУ

Наркопотребитель – особая категория пациентов, имеющая определенные особенности в лечении по сравнению с другими пациентами. Например, для обезболивания им требуется более сильный препарат либо большая доза обычного обезболивающего, поскольку из-за химической зависимости обычная доза обычного препарата не принесет ожидаемого результата. Как выяснилось, на практике это не всегда учитывается. Известен один случай, когда врач не сделал обезболивающего, сказав: «Все терпят, и ты терпи...».⁷²

НАРУШЕНИЕ ПРАВА В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СВОЕВРЕМЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Оставляет желать лучшего своевременность предоставления услуг, особенно остро обстоит проблема с неотложной помощью. Прибытие бригад ССНМП происходит не своевременно, и к моменту прибытия необходимость в их приезде очень часто пропадает.

Один из случаев показал несогласованность действий между сотрудниками ССНМП и медицинских учреждений. Пациент был доставлен в больницу и оставлен в коридоре, пока дежурный врач предпримет дальнейшие действия. Дежурный врач, в свою очередь, увидев сидящего в коридоре пациента, сказал, что его привезли «не туда, куда надо». Получив отказ от госпитализации, врачи скорой помощи повезли пациента в другое учреждение. Недостатки в системе распределения ответственности между медицинскими учреждениями приводят к тому, что учреждения пытаются избавиться от пациентов, направляя их в другие учреждения. Это создает риск осложнения заболеваний и несвоевременное оказание медицинской помощи.

НАРУШЕНИЕ ПРАВА НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Двое опрошенных сообщили, что конфиденциальная информация об их статусе, полученная медицинскими работниками, оказалась раскрыта, несмотря на защиту закона. Работники здравоохранения иногда забывают, что сообщение пациентами сведений основано на доверии о добросовестном использовании информации исключительно в профессиональных целях. Пациент вправе рассчитывать на сохранение медицинским работником в тайне всей медицинской и доверенной личной информации. Предоставляя такие сведения врачу, пациент рассчитывает, что они будут учтены при оказании помощи как в интересах пациента, так и для принятия необходимых мер безопасности, например в случае возможного наличия заболеваний (ВИЧ, гепатит). Подобное доверительное поведение пациента иногда вызывает противоположное поведение – негативное отношение, неприязнь и неуважение. Это выявляет наличие предубеждений у медицинских работников, что служит показателем непрофессионализма.

⁷² Интервью «Аман плюс» с наркопотребителем, имя не разглашается по требованию клиента, Бишкек, июнь 2007 г.

Как известно, наркопотребители очень тесно взаимодействуют друг с другом, и информация распространяется быстро. Достаточно нескольких негативных случаев, чтобы полностью изменилось мнение о происходящем. 10% опрошенных сообщили, что они избегают обращения в медицинские учреждения в связи со страхом плохого отношения и раскрытия статуса. Таким образом, ограничивается доступ пациентов к медицинским услугам на начальной стадии.

Известны случаи, когда медицинские работники громогласно и даже в присутствии посторонних людей раскрывали статус пациента. Это вызывало негативную реакцию к наркопотребителю, как со стороны других медицинских работников, так и со стороны пациентов.

80% опрошенных ПИН отметили использование обращений «наркоман» или «наркоша» в РЦН, начиная от врача и заканчивая младшим медицинским персоналом. Раскрытие статуса в других медицинских учреждениях также имеет место. По крайней мере, два респондента сказали, что их статус раскрывался медицинскими работниками.

Ни один из опрошенных врачей не сказал о том, что раскрытие своего статуса посторонним лицам является правом самого пациента. По сообщению одного из опрошенных врачей, на «пятиминутках» обсуждается все, что произошло в отделении за сутки, и ни один врач не умолчит, что его пациент употребляет наркотики. *«Если в моей практике такое случится, я тоже об этом скажу. В целях безопасности персонала,»* – сказал опрошенный врач.⁷³ Никто не озвучил мнение, что в целях безопасности лучше поговорить с самим пациентом, чтобы он мог сам предупредить медсестру и других сотрудников об употреблении наркотиков, и отсутствии необходимости в оповещении других сотрудников и технических работников, не имеющих к нему никакого отношения.

40% опрошенных ПИН заметили, что многое зависит и от личных качеств врача, его уровня просвещенности в области наркологии и возраста. По их сведениям, чем врач моложе, тем ниже уровень стигматизации и дискриминации, вплоть до полного отсутствия. Чем врач старше, тем больше у пациента трудностей на пути к выздоровлению. Несмотря на факты нарушений прав пациентов, обратной реакции в отношении медицинских работников со стороны наркопотребителей не наблюдается.

Сообщения о несоблюдении медицинским персоналом конфиденциальности имеющейся информации о пациентах звучат часто.

Николай (псевдоним), 1978 г.р., ПИН, ремиссия 1,5 года:

*«Я лежал в инфекционной больнице по поводу гепатита. Врач знал о моем статусе, но никому об этом не говорил. Ко мне подошла медсестра, чтобы сделать укол. Я ее не предупредил, что употребляю наркотики. Она увидела мои вены и прямо в палате, в присутствии других пациентов громко спросила: «Что, балуемся...?». Я промолчал, но это вызвало подозрение у окружающих. В результате отношение ко мне изменилось – появилась настороженность, некоторые стали меня сторониться, перестали общаться. Было неприятно. Я и так стараюсь не говорить о своем статусе, даже сейчас, когда знаю о своих правах».*⁷⁴

⁷³ Интервью «Аман плюс» с врачом, имя не разглашается по требованию врача, Бишкек, июнь 2007г.

⁷⁴ Интервью «Аман плюс» с клиентом, имя не разглашается по требованию клиента, Бишкек, июнь 2007 г.

Медицинскими работниками раскрывается не только статус потребителя наркотиков, но и ВИЧ-статус. В случае, ставшем известным команде исследователей, у матери пациента был ВИЧ-позитивный статус, но о пациенте тоже говорили как о ВИЧ-позитивном.

Никита (псевдоним), 14 лет, клиент НПО:

*«Я обратился к стоматологу, работающему в поликлинике в районе 7 микро-района. Там врачи знают мою маму. Меня туда привели ребята из НПО. Когда врач увидел меня и увидел человека, который меня привел, то стал громко говорить о том, что я ВИЧ-инфицированный, хотя это не так. К нему присоединились мед. работники с регистратуры, не хотели оказывать помощь, отказывались. Все вокруг оборачивались, стали обращать на меня внимание. Когда оказывали помощь, врач был груб со мной, дома потом долго зуб болел».*⁷⁵

Многие наркопотребители считают, что медработники обсуждают между собой такие вопросы, как наличие зависимости от наркотиков у своих пациентов. Как следствие, пациенты предпочитают не говорить о своем статусе потребителя наркотиков персоналу. Медицинские работники считают, что если у пациента в отделении имеется зависимость, то данный случай подлежит обсуждению с сотрудниками отделения в целях безопасности. 100% врачей общей практики сообщили, что поступили бы аналогичным образом.

НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Имеется проблема оказания своевременной медицинской помощи. Известно, что при передозировке наркотиков, спасение и сохранение жизни ПИН (являющегося пациентом для медицинских работников) зависит от скорости приезда бригады «скорой» помощи. Около 30% опрошенных отметили, что сталкивались со случаями, когда бригаду ССНМП приходилось ждать 30 минут и дольше. В некоторых случаях необходимость в неотложной медицинской помощи отпадала, т.к. удавалось «откачать» человека самостоятельно. Проблему несвоевременного прибытия сами работники ССНМП объясняют нехваткой транспортных средств и ограниченностью численности медицинского персонала. Ощутимая нехватка штата вызвана низким уровнем оплаты труда.

Бригады ССНМП имеют ограниченный набор препаратов для оказания помощи при передозировках. Младший медицинский персонал, также представленный студентами Кыргызской государственной медицинской академии, не проходит специальной подготовки, набирая опыт во время выездов по вызовам.

Очень часто наркопотребители отказываются вызывать скорую помощь в связи со страхом возможного приезда наряда милиции. В ходе исследования не было выявлено ни одного случая приезда наряда милиции при вызове скорой помощи при передозировках наркотиками, не сопряженных с какими-либо осложнениями. Со слов работников ССНМП, они не сообщают в органы милиции о рядовых случаях передозировки наркотиков. В правоохранительные органы сообщается о случаях ножевого ранения или смерти пациента.

Известно, что употребление наркотиков связано с риском для жизни, и любая передозировка может оказаться смертельной. При передозировке во время

⁷⁵ Интервью «Аман плюс» с клиентом «Таис плюс», имя не разглашается по требованию клиента. Бишкек, май 2007 г.

употребления наркотиков в компании друзей, ребята стараются оказать помощь самостоятельно. Они считают, что к моменту приезда бригады ССНМП человек может скончаться, тогда вся компания попадет в милицию. Они опасаются, что их могут посадить в тюрьму как соучастников и за употребление наркотиков.

Многие потребители наркотиков не знают, в каких случаях сотрудники скорой помощи сообщают сведения правоохрнительным органам. Два работника ССНМП сказали, что стараются не объяснять наркопотребителям правила, когда в обязательном порядке должен быть вызван наряд милиции, так как опасаются того, что ПИН «начнут злоупотреблять услугами бригад ССНМП».⁷⁶ По закону, врачи должны обслужить любой вызов о передозировке, и будут бороться за спасение жизни человека. Оперативность прибытия скорой помощи зависит от количества вызовов.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ СОТРУДНИКАМИ НПО, ЗАНИМАЮЩИМИСЯ СОЦИАЛЬНЫМ СОПРОВОЖДЕНИЕМ, И МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ.

Многие наркопотребители предпочитают вообще не раскрывать свой статус, даже врачу. Это снижает количество проблем, которые могут возникнуть. НПО «Таис плюс», занимающейся социальным сопровождением, ввиду специфики своей работы, очень часто приходится доставлять клиентов в больницы, поликлиники и обращаться в ССНМП. Их клиентами часто становятся наркопотребители. Многие медицинские работники, зная специфику работы службы сопровождения и имея представление о категории пациентов, очень негативно встречали их в больницах. В их адрес звучали такие высказывания: *«Зачем вы с ними работаете, тратите на них деньги, лучше бы старикам помогали»*, *«Что вы с ними возитесь, они же наркоманы»* и т.п. Очень часто не хотели госпитализировать привезенных пациентов, но когда речь заходила о сооплате и организация вносила за них деньги, отношение менялось в лучшую сторону. Чаще всего сотрудники НПО «Таис плюс» имели контакт с больницей на ул. Фучика. Отмечается низкий уровень взаимодействия государственных структур с НПО. Развитие сотрудничества могло бы значительно снизить уровень дискриминации и стигматизации ПИН.

Хотелось бы отметить немаловажную роль НПО во взаимодействии ПИН с медицинскими работниками. Включение данного звена в программы сотрудничества позволит преодолеть значительное число трудностей. Работники НПО достаточно осведомлены о своих клиентах, их статусе, трудностях и потребностях, они могут свести до минимума существующие барьеры. Они могут осуществлять защиту прав своих клиентов при обращении в больницы, вести обучение пациентов по вопросам защиты нарушенных прав. Исследование выявило, что общественные организации, в свою очередь, недостаточно осведомлены о работе медицинских учреждений, не знают специфики их работы, особенностей предоставляемых услуг и т.д. Усиление работы в данном направлении и включение данного звена как неотъемлемого позволит существенно сократить число правонарушений в отношении ПИН.

⁷⁶ Интервью «Аман плюс» с сотрудником ССНМП, имя не разглашается по требованию респондента, Бишкек, май 2007 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основываясь на имеющихся данных и проведенного анализа было установлено наличие нарушений прав ПИН в системе здравоохранения. Выявление данного факта имеет важное значение, так как наркопотребители относятся к наиболее уязвимым слоям населения. Наиболее часто отмечается неполноценное оказание помощи, остается открытым вопрос о гуманизме в работе медицинских работников. Качество услуг, оказываемых наркопотребителям, остается низким. Остро стоит вопрос о дискриминации ПИН в сфере здравоохранения.

Низкая заработная плата медицинских работников, плохая оснащенность больниц, отсутствие необходимых препаратов, недостаточное количество амбулаторных мест и большая загруженность учреждений являются основными причинами некачественной работы. Штат сотрудников, как правило, укомплектован не полностью, а имеющийся персонал с возложенным объемом работы не справляется. Это приводит к физической и психологической перегрузке, что отражается на отношении к пациентам. Пациент из числа наркопотребителей становится пациентом с дополнительными проблемами, связанными с употреблением наркотиков. Наряду с лечением недуга, возникает необходимость в увеличении расхода лекарственных препаратов, имеется опасность в виде наличия у пациентов гепатита и ВИЧ-позитивного статуса. Такие пациенты нуждаются в повышенном внимании, на которое в текущих условиях нет времени и стимула, так как оплата труда не зависит от сложности в работе. Все это влечет практику отказов от госпитализации, перенаправления в другие медицинские учреждения, негативное отношение, грубость и плохой уход.

Наркопотребитель часто воспринимается не как человек, нуждающийся в медицинской помощи, а в качестве асоциальной личности. В силу существующих проблем, наркотическая зависимость рассматривается не как заболевание, а как проблема сугубо социального характера. Некоторые врачи не готовы или боятся столкнуться с пациентом-наркопотребителем на практике. Страх, вызванный неосведомленностью в вопросах наркомании и коммуникации, включает защитные механизмы.

Наркотическая зависимость является существенной проблемой для наркопотребителя. Наряду с этим, представителям данной группы присущи проблемы, характерные для любого другого человека – переломы, отравления и т.д. В этой связи потребители наркотиков пользуются услугами учреждений здравоохранения. Употребление наркотиков становится стигматизирующим фактором. Потребители осознают несправедливое отношение в отношении себя, но сами не в состоянии изменить положение. При столкновении с негативным отношением многие потребители закрывают глаза и терпят, некоторые проявляют агрессию, а другие просто отказываются от получения гарантированной помощи, прибегая к практике самолечения. Перечисленные формы поведения – проявление защитных механизмов.

Некоторые представители данной уязвимой группы, которые участвовали в исследовании, проходили курс реабилитации или были клиентами НПО. Они меняли свое поведение, демонстрируя требовательность к врачам и открытость.

В дружественной среде они не боятся говорить о том, что употребляли или употребляют наркотики, понимая, что это необходимо с медицинской точки зрения. Они знают о своих правах, и в случае необходимости могут о них заявить.

Никто из наркопотребителей не знал, куда подаются жалобы о некачественном лечении или отказе в предоставлении лечения, что соответствует общему уровню правовой информированности населения. Спорные вопросы либо решаются на месте с лечащим врачом или младшим персоналом, либо остаются открытыми. Как следствие, многие случаи нарушений остаются нерешенными, и существующие проблемы неизвестны вышестоящим инстанциям. Случаи нарушений не всегда регистрируются, что лишает возможности проводить качественный анализ положения.

Ввиду отсутствия необходимых знаний и опыта работы с наркопотребителями, функционирование системы публичного здравоохранения не скорректировано с учетом реалий и не включает в себя взаимодействие с НПО. Отсутствует взаимосвязь и согласованность действий между НПО и медицинскими учреждениями, нет обмена информацией и опытом.

Люди, работающие с наркопотребителями, рассматривают важность неразделимой работы в трех направлениях: непосредственно с наркопотребителями, с медицинскими работниками и представителями НПО. Ответственность за изменение ситуации возлагается на все три звена. Особое значение имеет правовое просвещение наркопотребителей и медицинских работников. Представители НПО должны выступать в качестве связующего звена. При этом представители НПО не всегда обладают достаточными знаниями в области медицины, что объясняет некоторые сложности при сопровождении клиентов в медицинские учреждения. Работники здравоохранения могут содействовать устранению подобных недочетов в работе общественных организаций.

На ПИН должна быть возложена ответственность за изучение и пользование своими правами, исполнение своих обязанностей в отношении медицинских работников. Правовое просвещение ПИН должны осуществить как работники НПО, так и работники здравоохранения. Необходимо обеспечить взаимодействие всех трех звеньев между собой.

Отсутствие работы в данном направлении может привести к эскалации проблемы взаимодействия ПИН и медицинских работников. Откладывание работы в данной сфере на поздний срок в последующем потребует больших ресурсов и времени. Это необходимо также рассматривать в контексте увеличения среди наркопотребителей числа ВИЧ-позитивных людей, больных туберкулезом и другими опасными заболеваниями. Принадлежность ПИН к наиболее уязвимым слоям населения способствует дальнейшей дискриминации данной группы среди населения. Наряду с незнанием своих прав это усиливает степень аутостигматизации, что снижает показатели обращаемости к врачам за квалифицированной помощью. Это вызывает переход к самолечению и обращению за медицинской помощью к лицам, не имеющим необходимой квалификации, что сопряжено с риском некачественного лечения и летального исхода.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Для улучшения ситуации необходимо принятие следующих мер:

1. Необходимо проведение просветительской работы среди ПИН о правовых вопросах, касающихся пользования ПИН услугами системы здравоохранения. Данные программы можно реализовать с участием работников НПО (социальных работников, аутрич-работников, психологов, использования телефона доверия и лиц, имеющих непосредственный контакт и опыт работы в данной области). Данный подход будет способствовать развитию положительного взаимодействия между наркопотребителями и работниками здравоохранения. Знание своих прав позволит представителям данной уязвимой группы пользоваться ими в полной мере, в том числе с выполнением своих обязанностей перед медицинскими работникам, и наоборот.
2. Необходимо активизировать выпуск специальной литературы в виде правовых брошюр, буклетов, содержащих информацию о социальном сопровождении и т.д. Ответственность за реализацию данной части можно возложить на НПО, работающие с соответствующей уязвимой группой, занимающиеся предоставлением услуги «социальное сопровождение», сотрудничающие с правозащитными организациями или имеющие в своем штате юридически образованных сотрудников, а также сотрудничающих с медицинскими учреждениями.
3. Необходимо выпустить памятки, содержащие информацию о правах и обязанностях медицинских работников и правах и обязанностях пациентов. Выполнение этой работы должно быть возложено на координирующие структуры в сфере здравоохранения (например, Министерство здравоохранения). Распространение этих памяток необходимо осуществить среди медицинских учреждений, НПО, правовых клиник.
4. Необходимо усилить работу НПО в области социального сопровождения для ПИН. НПО, работающие с наркопотребителями, должны развивать услугу «социальное сопровождение». Лица, осуществляющие сопровождение, должны владеть информацией о профиле учреждений для корректного направления клиентов, более точно определять показания для госпитализации и т.п. Необходимо включить в штат медицинского работника в качестве обязательного члена команды, желательно со стажем работы в государственных медицинских учреждениях. Наличие такого опыта будет способствовать успешному установлению контактов с учреждениями, что позволит ускорить процесс налаживания взаимодействия «ПИН – медработник».
5. Необходимо развивать оказание помощи в сообществе. Это содействует быстрому распространению информации в среде ПИН (так называемая система «беспроводного телефона»). Необходимо, чтобы во время собраний, регулярно проводимых в сообществе, также принимал участие человек, имеющий определенные знания в правовых вопросах, который бы читал небольшие лекции о правах и обязанностях пациента и медработника, и, возможно, давал рекомендации нуждающимся. Важно, чтобы такой человек был из числа наркопотребителей, чтобы повысить уровень доверия к полученной информации. Данную работу можно осуществлять на территории НПО силами со-

трудников. Одной из важных тем может быть разъяснение требований к подаче жалоб – как правильно оформлять жалобу, куда ее направлять, а также о действиях при отсутствии реакции соответствующих инстанций.

6. Соответствующие органы власти, ответственные за обеспечение оказания гражданам Кыргызской Республики медицинских услуг на надлежащем уровне, должны увеличить финансирование неотложной помощи, дополнительной численности медицинского персонала, а также необходимого количества медикаментов. Министерство здравоохранения должно проследить, чтобы работа, необходимая для достижения этого, была проведена.
7. Необходимо пропагандировать работу Министерства здравоохранения и, в частности, структуры, контролирующей качество оказываемых медицинских услуг, в которую можно обращаться с жалобами.
8. Необходимо повышать правовые знания работников здравоохранения, в том числе через проведение семинаров по правовым вопросам. Подобную работу желательно поручить правовым клиникам. Необходимо пересмотреть работу ежегодных проверочных комиссий и комиссий по повышению квалификации, чтобы повысить их роль в правовом направлении.
9. Необходимо чтение лекций или проведение семинаров по вопросам коммуникации. Из практики известны проблемы, связанные с грубым обращением к пациентам. Необходимо, чтобы обучение данным техникам вели сами медицинские работники.
10. Усилить контроль над качеством работы медицинских работников, чтобы сделать государственные учреждения более привлекательными и доступными для пациентов. Важна ответственность медицинских работников за выполнение данного пункта.
11. Способствовать взаимодействию с НПО, в том числе предоставляя необходимую информацию об учреждениях здравоохранения сотрудникам НПО, о работе НПО среди пациентов, предоставляя номера телефонов, адреса для обращения за помощью при необходимости. Работа должна проводиться совместными усилиями НПО и сотрудников здравоохранения. Для более успешного взаимодействия и положительного отношения медработников необходимо вовлечение руководства, их согласие и поддержка.
12. Усиление работы НПО. НПО необходимо предоставлять больше информации о своей деятельности государственным и частным клиникам, а также свои контактные данные. Необходимо обеспечить положительное отношение к данной работе со стороны медиков, поэтому важно участие и поддержка руководящих структур.
13. Необходимо развивать социальную адаптацию ПИН, в частности социальное сопровождение, включающее направление в государственные больницы. Желательно включение данной услуги как базовой в деятельность всех НПО, работающих с наркопотребителями.
14. Необходимо усиление просветительской работы с людьми из сообщества ПИН в правовых вопросах. Эту задачу должны взять работники НПО, как связующее звено между медицинскими работниками и наркопотребителями.

15. Необходимо содействовать повышению информированности о работе за счет развития программ обмена опытом между работниками НПО и медицинскими работниками.
16. Необходимо обеспечить привлечение медицинских работников к ответственности за ненадлежащее исполнение своих обязанностей или отказ в предоставлении необходимой медицинской помощи каждому нуждающемуся пациенту.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

ОО «Аман плюс» благодарит всех, кто принял участие в проведении исследования и предоставил необходимую информацию. Мы понимаем озабоченность тех, кто пожелал остаться анонимным при предоставлении сведений.

Хочется выразить благодарность ОО «Таис плюс» за предоставленную информацию, а так же всем сотрудникам организации, принявшим участие в проведении мониторинга.

Мы выражаем благодарность за поддержку данного исследования о правах пациентов фонду «Сорос-Кыргызстан» и инициативе «Право и здоровье» программы «Здравоохранение» Института «Открытое Общество». Мы также признательны Международной программе снижения вреда (IHRD), являющейся отделением программы «Здравоохранение» Института «Открытое Общество», за их рецензию данного доклада и за продолжающуюся поддержку.

Особая благодарность Акейше Шилдс и Нургуль Джаманкуловой за помощь, оказанную во время разработки анкет и консультирование при подготовке отчета.

Выражаем благодарность сотрудникам правовой клиники «Адилет», за предоставленные правовые документы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

РЦН – Республиканский центр наркологии

ССНМП – Станция скорой и неотложной медицинской помощи

НПО – Неправительственная(ые) организация(и)

ОО – Общественное объединение

ПИН – Потребители инъекционных наркотиков

ПРИЛОЖЕНИЕ**ВОПРОСНИК ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Данная анкета направлена на выявление типов взаимодействия ПИН (инъекционных потребителей наркотиков) с медицинскими работниками.

1. Пол _____ Год рождения _____ Должность _____
Отделение _____
2. Дата заполнения анкеты _____
3. Контактные данные (адрес, телефон и т.п.): _____
4. Стаж работы в медицинском учреждении: _____
5. Ваше мнение – кто такой потребитель инъекционных наркотиков?

6. На Ваш взгляд, потребление наркотиков – это болезнь или проблема социальная?

7. Составьте краткий письменный портрет человека с наркотической зависимостью:

8. Приходилось ли Вам на практике сталкиваться с потребителями инъекционных наркотиков? Если да то, как Вы узнали о том, что этот человек употребляет наркотики?

9. Какие меры Вы приняли (приняли бы), когда узнали (если бы узнали) что Ваш пациент употребляет наркотики и почему?

10. Известны ли Вам случаи (возможно из Вашей практики), когда представителю данной уязвимой группы было отказано в оказании медицинских услуг? Чем был обусловлен данный отказ?

- -----

11. Каковы были последствия данного отказа для здоровья пациента? _____

12. Как Вы считаете, принцип лечения ПИН отличается ли от принципов лечения обычного человека без проблемы зависимости и почему?

13. Должен ли человек с наркотической зависимостью получать медицинскую помощь по жизненным показаниям (перелом, отравление и т.п.) на общих основаниях? Если нет, то почему? _____

14. Есть ли необходимость создания дополнительных медицинских служб для оказания помощи данной группе людей? Если да, то почему? _____

15. Известны ли Вам центры, службы или другие организации, куда мог бы обратиться за помощью человек с наркотической зависимостью? Какие? _____

16. Приходилось ли Вам направлять пациента в эти организации? Если да, то в какие? _____

17. Считаете ли Вы, что потребители инъекционных наркотиков подвержены дискриминации? _____

18. Что по Вашему мнению необходимо сделать для того, чтобы ситуация изменилась? _____

19. Ваше общее мнение о наркопотребителях? _____

20. Каким образом политика государства влияет на качество работы медиков? _____

21. Какие государственные документы ограничивают Вашу деятельность? _____

22. Необходимы ли дополнительные образовательные программы для улучшения качества Вашей работы, и какие? _____

ВОПРОСНИК ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Данная анкета направлена на выявление типов взаимодействия ПИН (инъекционных потребителей наркотиков) с медицинскими работниками.

1. Пол _____ Год рождения _____ Образование _____
2. Дата заполнения анкеты _____
3. Контактные данные (адрес, телефон и т.п.): _____

4. Стаж употребления _____
5. Какой вид наркотика Вы употребляете (употребляли) в последнее время, в каких дозах и как часто (в день): _____

6. Сколько раз за последний год Вам приходилось обращаться в больницу, поликлинику или другую службу за получением медицинских услуг (исключая РЦН)? По какому поводу? _____

7. Если не обращались, то почему (страх, не захотел тратить деньги и т.п.)? _____

8. Каковы были последствия в результате не обращения за квалифицированной медицинской помощью для вашего здоровья? _____

9. Знал ли (узнавал ли у Вас) врач (исключая врача РЦН) о том, что у Вас имеется наркотическая зависимость? _____

10. Какова была реакция с его стороны после того, как он получал эту информацию? _____

11. Как изменилось поведение и отношение к Вам со стороны врача? _____

12. Как изменилось поведение и отношение со стороны другого медицинского персонала? _____

13. Получали ли Вы отказ от дальнейшего лечения в ситуациях, когда врач узнавал о том, что у Вас имеется зависимость? _____

14. Как и в какой форме врач объяснил свой отказ? _____

15. Каковы были Ваши дальнейшие действия? _____

16. Каковы были последствия отказа для Вашего здоровья? _____

17. Предпринимали ли Вы попытки предъявления жалоб в вышестоящие инстанции? Если нет, то почему? _____

18. Если да, то какой был результат? _____

19. Поменялось ли Ваше отношение к медицинским работникам после этого случая и как? _____

20. Приходилось ли Вам слышать обращение «наркоман» в свой адрес от медицинских работников в медицинских учреждениях? _____

21. Что Вы при этом чувствовали? _____

22. Раскрывался ли Ваш статус медицинским персоналом без Вашего согласия (например, сосед по палате узнал от мед. работника о том, что у Вас химическая зависимость)? Если да, то опишите один случай: _____

23. Форма лечения, ухода, обращения для Вас отличается ли от формы лечения обычных пациентов без проблемы зависимости в медицинских учреждениях?

24. Были ли случаи, когда встретив медицинского работника (который знал о Вашем статусе) за пределами мед. учреждения, Вы чувствовали неприязнь, недоверие или страх с его стороны? -----

25. Что Вы делали в таких случаях? -----

26. Что Вы знаете о вопросах дискриминации ПИН? -----

27. Считаете ли Вы, что Вас подвергали дискриминации как человека с зависимостью?

28. Если да, то что по Вашему мнению необходимо сделать для того, чтобы ситуация изменилась?

1. Обеспечить ПИН дополнительной индивидуальной клиникой;
2. Ввести дополнительные обучающие программы для работников здравоохранения;
3. Снизить коррупцию в республике в целом;
4. Увеличить размер заработной платы для мед. работников;
5. Создать дополнительный регулирующий комитет, куда можно обратиться с жалобой;
6. Другое: -----

ВОПРОСНИК ДЛЯ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА НАРКОЛОГИИ

Данная анкета направлена на выявление типов взаимодействия ПИН (инъекционных потребителей наркотиков) с медицинскими работниками.

1. Пол ----- Год рождения -----
Должность -----
2. Дата заполнения анкеты -----

-
3. Контактные данные (адрес, телефон и т.п.): _____

4. Сколько лет Вы работаете в области здравоохранения? _____

5. Стаж работы в РЦН? _____

6. Ваше мнение – кто такой потребитель инъекционных наркотиков? _____

7. Известны ли Вам случаи, когда представителю данной уязвимой группы было отказано в оказании медицинских услуг? Чем был обусловлен данный отказ?

8. Какие последствия для его (ее) здоровья имел данный отказ? _____

9. Должен ли человек с наркотической зависимостью получать медицинскую помощь по жизненным показаниям (перелом, отравление и т.п.) на общих основаниях? Если нет, то почему? _____

10. Есть ли необходимость создания дополнительных медицинских служб для оказания помощи данной группе людей? Если да, то почему? _____

11. Как Вы считаете, что это должны быть за службы? _____

12. Известны ли Вам центры, службы или другие организации, куда мог бы обратиться за помощью человек с наркотической зависимостью? Какие? _____

13. Приходилось ли Вам направлять пациента в эти организации? Если да то, в какие?

14. Считаете ли Вы, что потребители инъекционных наркотиков подвержены дискриминации? -----

ВОПРОСНИК ДЛЯ БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ.

Данная анкета направлена на выявление типов взаимодействия ПИН (инъекционных потребителей наркотиков) с медицинскими работниками.

1. Пол ----- Год рождения ----- Должность -----

2. Дата заполнения анкеты -----

3. Контактные данные (адрес, телефон и т.п.): -----

4. Стаж работы в бригаде скорой помощи? -----

5. Когда Вы едете по вызову, Вы всегда знаете о том, что вызов по случаю передозировки наркотиков? -----

6. Когда Вы знаете, что едете на передозировку, это меняет Ваши чувства, чем, если бы Вы ехали по случаю пищевого отравления, например? -----

7. Как Вы относитесь к повторным вызовам по случаю передозировки? -----

8. Были ли случаи, когда Вас вызывали обманным путем на случай передозировки? Какова Ваша реакция в таких случаях? -----

9. Оказывается ли помощь в тех случаях, когда Вас вызывают обманным путем?

10. Какую помощь Вы оказываете при передозировках? -----

11. В какой форме и в каких размерах взимается плата в таких случаях? -----

12. Говорит ли оператором, что Вы едете к ПИН? -----

13. Когда на вызов к ПИН не выезжаете, то что говорите по телефону звонившему?

14. Бывает ли так, что Вы вынуждены отказать в выезде и почему? -----

15. Ваше мнение о наркопотребителях? -----

16. Считаете ли Вы, что это болезнь? -----

17. Сообщается ли в органы милиции в случаях передозировки и почему?

18. Как Вы считаете, боятся ли иногда ПИН вызывать бригаду скорой помощи и почему? _____

19. Если одновременно поступает 2 вызова – перелом и передозировка, на какой Вы обычно выезжаете и почему? _____

20. Сколько в среднем за ночь поступает звонков о передозировках и на сколько из них осуществляется выезд? _____

21. Поступали ли жалобы на бригады скорой помощи от ПИН или их родственников, и какие меры были приняты? _____

22. Если на вызов о передозировке выезд не осуществляется, даются ли какие-нибудь консультации по телефону? _____

23. Как Вы считаете, стоит ли отвечать на звонки, когда вопрос стоит о передозировке? _____

24. Считаете ли Вы, что наркопотребители злоупотребляют услугами службы скорой помощи? _____

25. Есть ли необходимость создания дополнительных служб для выезда на такого рода звонки? _____

