



Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

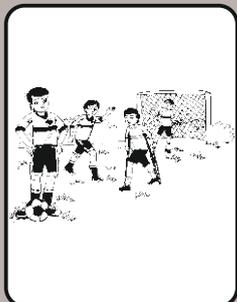
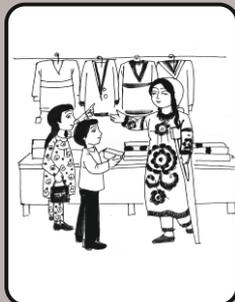


Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Ситуационный анализ

Состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан





Министерство здравоохранения и социальной
защиты населения Республики Таджикистан



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Ситуационный анализ

Состояние сферы реабилитации в
Республике Таджикистан



**ПРОГРАММА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ
УСТРАНЕНИЕ БАРЬЕРОВ И РАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВСЕХ**

Аннотация

Данная публикация представляет собой обзор существующих пробелов, потребностей и возможностей для вмешательств в сфере реабилитации для лиц с нарушениями и инвалидностью в Таджикистане. Процесс ситуационного анализа осуществлялся межсекторальной рабочей группой, в состав которой входили представители разных министерств, под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан при технической поддержке представительства ВОЗ в Республике Таджикистан. Он выполнялся в сотрудничестве с различными заинтересованными сторонами и придерживался трезвого объединяющего подхода, в соответствии с уникальными социальными, культурными, экономическими и политическими обстоятельствами в стране. Оценка сосредоточена на политике реабилитации и управлении, оказании услуг и воздействии на лиц с ограниченными возможностями в развитии инклюзивного, правового общества в Таджикистане с равными возможностями для всех.

Keywords

Situational Analysis: State of Rehabilitation in Tajikistan.

1. Persons with disabilities - statistics and numerical data. 2. Persons with disabilities – rehabilitation. 3. Delivery of health care. 4. Children with disabilities. 5. Education. 6. Employment. 7. Person with disabilities – Policy and services. I. World Health Organization.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

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

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без

какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Сокращения	viii
Краткий обзор	1
Введение	3
Общая информация о Республике Таджикистан	3
Методология.....	5
<i>Концепции и определения</i>	7
<i>Сбор данных и ограничения</i>	10
Законодательство и услуги, соответствующие лицам с ограниченными возможностями	12
Законодательная база связанная со сферой реабилитации.....	12
Обзор систем здравоохранения, образования, занятости и социальной защиты	16
<i>Мединская помощь</i>	16
<i>Образование</i>	20
<i>Средства к существованию</i>	23
<i>Система социальной защиты</i>	26
Социальная помощь для лиц с ограниченными возможностями	27
Реабилитация	32
Распространение инвалидности	32
Картирование поставщиков реабилитационных услуг.....	36
Спрос и предложение на реабилитационные услуги.....	44
Техника и практика медицинской реабилитации.....	48
Общинная реабилитация.....	53
Кадровый потенциал по реабилитации	54
Обучение и подготовка специалистов по реабилитации	54
Наличие специалистов по реабилитации.....	57
Стоимость исключения	58
Заключения и рекомендации	59
Укрепление существующих услуг.....	62
Улучшение кадрового потенциала	62
Улучшение определение состояния инвалидности	63
Расширение услуг для каждого.....	64
Инклюзивные медицинские услуги, связанные с инвалидностью.....	64
Улучшение законодательной базы, связанной с инвалидностью	65
Изменение общественного отношения.....	66
Улучшение доступности учреждений.....	66
Улучшение сбора данных	67
Ссылки	68
Приложение 1. Терминология реабилитации	72
Приложение 2. Обзор и анализ существующего законодательства	81

Приложение 3. Структура Министерства здравоохранения и социальной защиты	85
Приложение 4. Структура Государственного агентства по социальной защите населения	86
Приложение 5. Реабилитационные услуги для взрослых лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан	87
Приложение 6. Реабилитационные услуги для детей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан	88
Приложение 7. ПоставщикПоставщики услуг , включенные в процес картирования.....	89

Вклад в составление документа

Редакторы

Шерали Рахматуллоев и Сатиш Мишра (Satish Mishra).

Авторы

Лола Бобоходжиева, Шерали Рахматуллоев, Кудрутулло Курбонов, Азиза Ходжаева, Гоибов Амонулло, Абдулкарим Шехов, Хамза Наврузов, Альберт-Филип Бергер Д'Хем, Замира Комилова, Сафо Каландаров, Сатиш Мишра (Satish Mishra).

Партнерская поддержка (отдельные лица и организации)

Агентство по медико-социальной экспертизе; агентство по социальному страхованию и пенсионному обеспечению; агентство по социальной защите; Ассоциация по оказанию поддержки и помощи, Япония (Association for Aid and Relief); Ассоциация родителей детей с ограниченными возможностями, Душанбе; Ассоциация родителей детей с ограниченными возможностями «Гамхори»; ассоциация родителей детей с синдромом Дауна; Дом малютки (Худжанд, Истаравшан, Душанбе); Общество слепых Таджикистана; школы-интернаты для детей с нарушениями зрения и слепотой (Худжанд, Исфара, Гиссар); школы-интернаты для детей с нарушениями умственного развития (Душанбе, Худжанд, Куляб); кардио-ревматологический санаторий для детей (Душанбе и Вахдат); организация «Каритас», Германия (Caritas Germany); Детско-юношеский центр г. Душанбе; городская больница №5 г. Душанбе; дошкольно-школьный комплекс (детский сад и спецшкола) для детей с нарушениями зрения, Худжанд; «Дасти ёри»; центры дневного ухода (Душанбе, Худжанд, Яван, Хорог, Курган-Тюбе, Куляб); центр дневного ухода за детьми с ограниченными возможностями «Кишти»; центр дневной помощи социальных служб «Нур»; врачебно-консультационная комиссия (ВКК) поликлиники г. Душанбе; центр врачебно-трудовой экспертной комиссии (ВТЭК), Душанбе; Handicap International; Специальный фонд МККК для лиц с ограниченными возможностями; Лига женщин-инвалидов «Иштирок»; «Манбаи меҳр», Худжанд; Mission East; Национальный центр здоровья, Душанбе; Национальный реабилитационный центр для детей и подростков «Чорбог», Варзоб; Национальный исследовательский институт реабилитации инвалидов; Национальный ортопедический центр, Душанбе; Национальный союз глухих; Национальный союз лиц с ограниченными возможностями Республики Таджикистан; «Нури умед»; областной центр реабилитации для лиц с сердечнососудистыми заболеваниями, Худжанд; областной клинический психиатрический центр, Худжанд; Operation Mercy; организация родителей детей с аутизмом «Ирода»; центры психологической, медицинской и педагогической консультации (Душанбе, Шохмансур, Исфара, Худжанд, Пенджикент, Куляб, Хорог, Курган-Тюбе, Бободжон Гафуров); общественная организация слепых (Душанбе, Канибадам); общественная организация «Чашмаи Эхсон»; общественная организация «Детский мир», Куляб; общественная организация детей с нарушениями слуха, Рудаки; общественная организация «Нури офтоб»; общественная организация – мастерская по производству инвалидных колясок «Дилшод»; республиканская школа-интернат для детей с полиомиелитом, Гиссар; республиканский центр для профессиональных заболеваний; республиканский центр медицинской статистики и информации; республиканский клинический центр психического здоровья детей и подростков; республиканский клинический центр офтальмологии; республиканский клинический центр по психологическим проблемам;

преспублканский клинический центр ортопедии и травматологии; республиканский медицинский колледж (Душанбе и Худжанд); республиканская физиотерапевтическая больница, Худжанд; республиканский реабилитационный центр для детей, Вахдат (Мачитон); учреждения-интернаты по уходу за взрослыми и детьми-инвалидами (Худжанд, Яван, Бохтар, Джаббор Расулов, Пенджикент, Вахдат, Каратаг); учреждения-интернаты по уходу за лицами с умственными нарушениями (Восе, Гиссар); отделы по оказанию социальной помощь на дому (Дцшанбе, Худжанд, Бободжон Гафуров); общество лиц с ограниченными возможностями г. Душанбе «Имконият»; спецшколы-интернаты для глухих детей и с нарушениями слуха (Бободжон Гафуров, Рудаки); Центр Таджикистана по минным вопросам; Таджикский государственный медицинский университет; территориальный центр по социальному обслуживанию престарелых и инвалидов, Ганчи; территориальный центр по социальному обслуживанию престарелых и инвалидов, Душанбе; центр обучения и практики по социальной работе и инновациям, Варзоб; ПРООН; ЮНИСЕФ; Союз инвалидов Чернобыля; UNWomen.

Иллюстрации

Азиза Ходжаева, Рустам Дустов, Сатиш Мишра (Satish Mishra)

Финансовая поддержка

Подготовка настоящего ситуационного анализа стала возможной при поддержке американских граждан через Агентство Соединенных Шатов по международному сотрудничеству (USAID). Содержание не обязательно отражает мнения USAID или Правительства Соединенных Шатов.

Сокращения

ВВП	Валовый внутренний продукт
МКФ	Международная классификация функций, инвалидности и здоровья
ПМПК	Психологическая, медицинская и педагогическая консультация
ТС	Сомони (валюта Республики Таджикистан)
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН

Краткий обзор

В последние годы доступность услуг реабилитации для людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан увеличилась. Множество из нынешних пилотных программ в сфере реабилитации являются многообещающими, несмотря на суровую географию страны и сложности в распространении услуг среди всех, кто в них нуждается.

Тем не менее, существующие реабилитационные услуги все еще недостаточны для удовлетворения потребностей населения, как в отношении количества доступных услуг, так и их качества. Основные проблемы могут быть изложены следующим образом:

- отсутствие стратегии по вопросам инвалидности и ограниченная законодательная база;
- отсутствие профессиональных кадровых ресурсов в сфере реабилитации;
- отсутствие реабилитационных услуг на всех уровнях, особенно в сельских районах, где проживает большинство населения;
- отсутствие стандартов качества и надлежащего мониторинга услуг в сфере инвалидности и реабилитации;
- ограниченное финансирование деятельности в сфере инвалидности и реабилитации;
- низкий уровень координации среди немногих партнеров, поддерживающих деятельность в сфере инвалидности и реабилитации в Республике Таджикистан;
- ограниченное участие людей с ограниченными возможностями в процессе принятия решений;
- общая нехватка информации о преимуществах и потенциале реабилитационных услуг для снижения нарушений и инвалидности, а также содействия интеграции и участия;

Объединение вопросов инвалидности в рамках полномочий нового Министерства здравоохранения и социальной защиты имеет высокий полезный потенциал. Министерство должно продемонстрировать лидерство в координации основе мер многоотраслевого и междисциплинарного реагирования. Это требует:

- разработки соответствующей стратегии по инвалидности и законодательства, а также обеспечения их реализации;
- развития кадрового потенциала среди специалистов смежных немедицинских профессий в соответствии с международными стандартами;
- определения и достижения консенсуса по соответствующей модели предоставления услуг с особым акцентом на вопросах децентрализации реабилитационных услуг;
- действий по устранению препятствий для оказания реабилитационных услуг;
- оказания поддержки в развитии доступной и недискриминационной окружающей среды с учётом потребностей инвалидов;
- участия лиц с ограниченными возможностями в принятии решений, непосредственно влияющих на их жизнь.

Присоединение Республики Таджикистан к Конвенции о правах лиц с ограниченными возможностями обеспечит общую основу и создание успешных совместных мер реагирования в сфере инвалидности и реабилитации.

Республика Таджикистан в настоящее время находится на стадии перехода от «вторичных» реабилитационных услуг к «основным» услугам. Растет осознание необходимости и пользы реабилитационных услуг, а также их вклада в расширение прав и возможностей людей с ограниченными возможностями. Этот переход нуждается в поддержке для обеспечения качественных реабилитационных услуг, что может способствовать развитию инклюзивного, правового общества с равными возможностями для всех.

Введение

Инвалидность является вопросом общественного здравоохранения, соблюдения прав человека и развития. Общее состояние здоровья лиц с ограниченными возможностями хуже, нежели среди общего населения, а их потребности в отношении здоровья и реабилитации чаще остаются неудовлетворенными. Инвалидность является проблемой с точки зрения соблюдения прав человека в связи с тем, что лица с ограниченными возможностями сталкиваются с неравенством, подвергаются разнообразным нарушениям своих прав и лишены самостоятельности. Инвалидность является проблемой развития, потому что инвалидность и бедность укрепляют и усиливают друг друга. Инвалидность может привести к снижению уровня жизни и бедности ввиду отсутствия доступа к образованию и занятости, а также увеличению расходов, связанных с инвалидностью. Реабилитационные услуги формируют кадровый потенциал и могут способствовать тому, чтобы люди с ограниченными возможностями оставались или возвращались в свои дома или общины, жили самостоятельно и были задействованы в образовании, на рынке труда и общественной жизни. Они могут снизить потребность в поддержке от официальных служб, а также сокращают время и физическую нагрузку на лиц, обеспечивающих уход.

Республика Таджикистан продемонстрировала огромный потенциал в сфере реабилитации после вспышки полиомиелита в 2010 г. Однако, услуги по реабилитации, доступные в настоящее время, все еще недостаточны для удовлетворения потребностей населения с точки зрения количества и качества. Основные проблемы могут быть следующими:

- отсутствие стратегии по вопросам инвалидности и ограниченная законодательная база;
- отсутствие профессионального уровня кадровых ресурсов в области реабилитации;
- отсутствие реабилитационных услуг на всех уровнях, особенно в сельских районах, где проживает большинство населения;
- отсутствие стандартов качества и надлежащего мониторинга услуг в сфере инвалидности и реабилитации;
- ограниченное финансирование деятельности в сфере инвалидности и реабилитации;
- низкий уровень координации среди немногих партнеров, поддерживающих деятельность в сфере инвалидности и реабилитации в Республике Таджикистан;
- ограниченное участие людей с ограниченными возможностями в процессе принятия решений;
- общая нехватка информации о преимуществах и потенциале реабилитационных услуг для снижения нарушений и инвалидности, а также содействия в вопросах интеграции и участия.

Эти сложности способствуют развитию затруднений, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями, многие из которых возможно избежать.

Общая информация о Республике Таджикистан

Республика Таджикистан расположена в юго-западной части Центрально-Азиатского региона, в общей сложности охватывающая территорию 142600 кв.км (рис. 1). На западе и севере она граничит с Узбекистаном, на востоке и севере с Кыргызстаном,

на юге – с Афганистаном, а на востоке – с Китаем. Таджикистан делится на четыре административных единицы: две области (*вилояты* – Хатлонская область на юге и Согдийская – на севере), одна автономная область (ГБАО) на востоке (Горно-Бадахшанская Автономная Область) и расположенные в центре районы республиканского подчинения, управляемые непосредственно городом Душанбе. Каждый регион состоит из более мелких административных зон, называемых районами (*нохия*). В Республике Таджикистан всего 58 районов, 17 городов и 57 поселков городского типа (1).

Население по-прежнему в основном сельское. В январе 2012 года из общей численности населения 7807000 человек, 2064000 проживали в городской местности, и 5742000 – в сельской местности. Таким образом, сельское население, составляет 73,6% от общего числа. В результате высокого уровня рождаемости и роста численности населения, оно остается молодым: 35,2% населения находятся в возрасте 15 лет и моложе, в то время как люди в возрасте 65 лет или более составляют лишь 4,7% от общей численности населения (1).

После приобретения независимости Республика Таджикистан столкнулась со сложным экономическим переходным периодом, усугубленным гражданской войной, которая бушевала в течение 1992 – 1997 гг. В результате, валовой внутренний продукт Таджикистана (ВВП) сократился с 2,6 млрд. долл. США в 1990 году до лишь 860 млн. долл. США в 2002 г., а уровень инфляции взлетел, как следствие значительных сокращений социальных расходов. Хотя экономика постепенно восстанавливается с 2000 года, она дополнительно пострадала в результате финансового кризиса 2008 года, и Таджикистан остается страной с низким уровнем дохода. Республика Таджикистан занимает 127-е место в шкале развития человеческого потенциала (2): 41% населения по-прежнему живет за чертой бедности и 17% ниже черты крайней бедности.

Рис. 1. Карта Республики Таджикистан



Источник: на основе данных Управления ООН по координации гуманитарных вопросов/ReliefWeb.

Методология

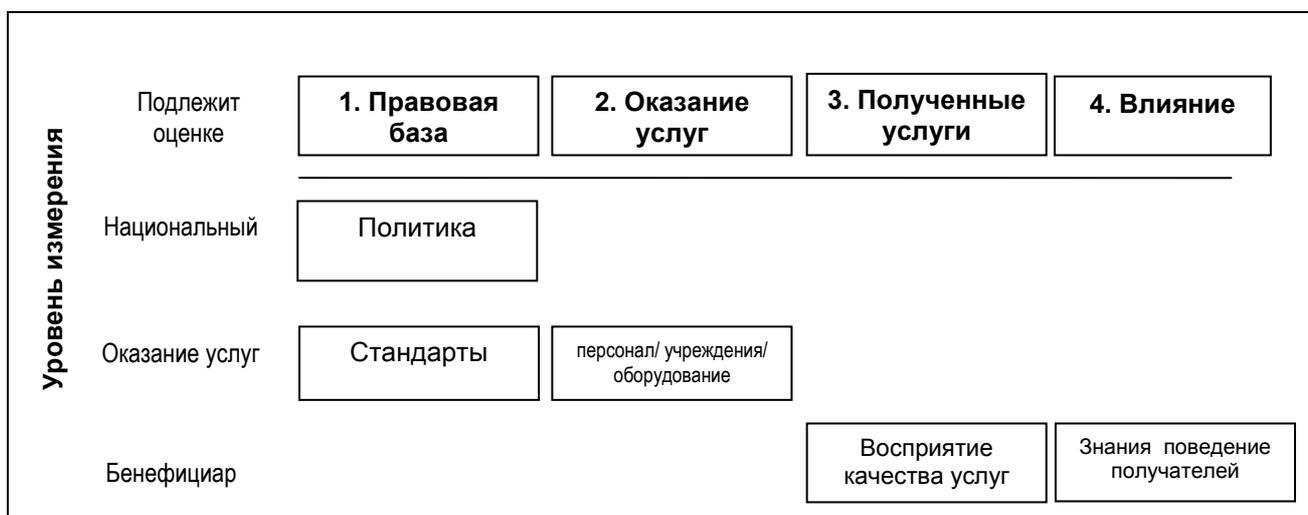
Представительство Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Республике Таджикистане в партнерстве с Правительством реализует трехлетнюю программу реабилитации инвалидности с целью разработки национальной политики, системы и услуг в области реабилитации с упором на реабилитацию на местном уровне общин и развитие кадрового потенциала в сфере реабилитации. Настоящий ситуационный анализ существующих пробелов, потребностей и возможностей реализации мер в области реабилитации в Таджикистане был разработан в рамках данной программы.

Методология ситуационного анализа была сформулирована в ноябре и декабре 2013 года. Его цель заключается в оценке доступности и качества реабилитационных услуг в Таджикистане, включая ниже представленные задачи.

1. Описание правовой базы (существующей политики и программ) по оказанию услуг для людей с ограниченными возможностями;
2. Описание и сравнение предоставления услуг - текущая готовность обслуживающего персонала и учреждений к оказанию услуг лицам с ограниченными возможностями по сравнению с существующими политиками и программами;
3. Анализ полученных услуг - фактическое качество реабилитационных услуг, полученных лицами с ограниченными возможностями;
4. Оценка воздействия предоставления реабилитационных услуг.

Отношение между четырьмя задачами и тремя уровнями оценки представлено на рис. 2. Процедуры сбора данных становятся все более сложными при переходе от цели 1 к цели 4. Цель 1 не требует сложных методов сбора данных и может быть достигнута в приемлемые сроки, в то время как Цель 4 требует обеспечения ресурсов, превышающих доступные для этого отчета, в целях получения статистически достоверных данных. В результате, выводы для Целей 1 и 2 основаны на исходных данных, собранных в период с декабря 2013 г. по август 2014 г., в то время как выводы для Целей 3 и 4, по существу, основаны на вторичных данных, собранных в ходе бесед с партнерами. Затем группа организовала фокус-группы, выступающие в качестве контрольных точек для установления достоверности этих данных.

Рис. 2. Четыре цели ситуационного анализа



Источник: (3).

Оценка предусматривает три типа деятельности

1. Национальный уровень:

- формирование межведомственной рабочей группы специалистов, охватывающей различные аспекты инвалидности в Республике Таджикистан, с целью предоставления консультаций и рекомендаций по проведению ситуационного анализа;
- обзор текущей законодательной базы в Таджикистане;
- сбор и анализ существующих и имеющихся статистических данных по инвалидности;
- проведение семинаров.

2. Уровень оказания услуг:

- визиты к отдельным поставщикам услуг по всей стране, в том числе в правительственные и неправительственные учреждения в крупных городах и в сельской местности;
- визиты и проведение интервью с партнерами, в том числе учебными учреждениями, государственными органами и органами местного самоуправления.

3. Уровень бенефициара:

- интервью с представителями гражданского общества и международных организаций, занимающихся вопросами инвалидности;
- фокус-группы с участием людей с ограниченными возможностями в городских и сельских районах.

В декабре 2013 г. был проведен Национальный семинар с участием большого числа партнеров, реализующих деятельность в сфере инвалидности и реабилитации, в том числе представители Министерств здравоохранения и социальной защиты населения, труда и социальной защиты населения, а также образования и науки, учреждений Организации Объединенных Наций, национальных и международных неправительственных организаций и организаций инвалидов, а также представители различных учреждений, связанных со сферой реабилитации, в частности сотрудники поликлиник и протезно-ортопедического центра. Цель семинара заключалась в том, чтобы представить ситуационный анализ различным субъектам и собрать от них информацию для более эффективного фокусирования исследования. Были представлены несколько тем для предварительного размышления, результаты чего были использованы при разработке рекомендаций настоящего отчета. Следует отметить, что в период проведения ситуационного анализа портфель социальной защиты был переведен из юрисдикции Министерства труда в сферу полномочий Министерства здравоохранения, в настоящее время именуемого Министерством здравоохранения и социальной защиты населения.

После проведения национального семинара в период с января по май 2014 года были организованы визиты, интервью, обсуждения в фокус-группах, и был составлен нулевой проект настоящего отчета. Этот проект был представлен на рассмотрение Правительства Республики Таджикистан и различным партнерам в течение июля - сентября 2014 года и по итогам дальнейших рекомендаций и изменений, окончательный вариант был подготовлен в октябре 2014 года.

Настоящий ситуационный анализ касается всех лиц с инвалидностью. Анализ охватывает лиц, которые имеют долгосрочные нарушения - тех, кто в традиционном

понимании являются инвалидами, например, лица с физическими недостатками или слепые и глухие, а также широкую группу лиц, которые испытывают трудности в функционировании в связи с широким спектром состояний здоровья, например хроническими или неинфекционными заболеваниями, неврологическими расстройствами и инфекционными заболеваниями.

Международный доклад ВОЗ об инвалидности определяет реабилитацию как «комплекс мер содействия лицам, имеющим или вероятно имеющим инвалидность, с целью достижения и поддержания оптимального функционирования во взаимодействии с окружающей их средой» (4). В связи с этим реабилитация, по сути, является многоотраслевой дисциплиной. Тем не менее, данный доклад сосредоточен на медицинских аспектах реабилитации, а именно терапии (физиотерапия, трудотерапия, логопедия, ориентация и обучение мобильности и т.д.), вспомогательных технологиях (протезы, ортезы, инвалидные коляски, слуховые аппараты, белые трости и т.д.) и реабилитационной медицине. В то время как настоящий ситуационный анализ делает акцент на медицинский аспект реабилитации - и это отражено в собранных данных, выводах и рекомендациях -, аспект соблюдения прав человека в сфере инвалидности слишком существенно связан с медицинским состоянием, чтобы игнорировать его в любом анализе реабилитационных услуг. Поэтому данный анализ представляет краткий обзор текущей ситуации в области здравоохранения, образования, социальной помощи и поддержки, а также вопросы создания благоприятных условий для людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан.

Предварительные подготовительные меры включали в себя составление полной карты поставщиков реабилитационных услуг в стране в секторах здравоохранения, социальной защиты и образования. Хотя общее число поставщиков услуг не слишком велико, с самого начала было ясно, что невозможно посетить и/или провести интервью с каждым партнером и центрами обслуживания в стране. Тем не менее, группа смогла, при поддержке Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и Правительства Республики Таджикистан, получить полный доступ к большому количеству учреждений и объектов по всей стране как в городской, так и в сельской местности. В основном, это были медицинские учреждения, но также были охвачены учреждения из других секторов в целях обеспечения более широкой картины. Обоснованность выводов дополнительно подкрепляется однородностью наблюдаемых ситуаций. Хотя данный ситуационный анализ описывает состояние реабилитационных услуг только в общих чертах, мы считаем, что он представляет точную картину в этой сфере.

Отчет детально рассматривает реабилитацию (терминологию, международные ссылки, стандарты и т.д.), поскольку ожидается, что содержание и выводы отчета будут выступать в качестве инструмента для повышения осведомленности, а также пропаганды. Надо надеяться, что он поможет улучшить качество жизни лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан.

Концепции и определения

Были изучены ключевые вопросы, связанные с терминологией, используемой в практической области реабилитации в Республике Таджикистан, и выявлены две основные проблемы.

Ежедневное использование терминологии, связанной с реабилитацией, не всегда совпадает с международными признанными определениями; несмотря на существование официального терминологического лексикона между английским и таджикским языками, фактические определения терминов не всегда совпадают в двух языках. Такие термины, как «инвалидность», «интеграция», «включение»,

«реабилитация», «физиотерапия» и «трудотерапия» неточно определены в таджикском языке и не используются постоянно. Например, иногда не делается различия между инвалидностью и нарушением (Приложение № 1), или контекст, в котором они используются, не соответствует международным определениям.

Язык отражает отношение общества: слово «нетрудоспособный» часто используется в странах бывшего Советского Союза в отношении людей с ограниченными возможностями. По данным исследования, проведенного в 2005 году, правительства стран Центральной Азии унаследовали негативное понятие инвалидности. Дискриминация и негативное отношение может снизить качество жизни лиц с ограниченными возможностями (4). Хотя в последние годы были достигнуты некоторые улучшения, сегодня в обществе все еще сохраняется та же самая отрицательная точка зрения в отношении инвалидности (5), и это отражается в использовании термина «инвалид».

«Общество рассматривает лиц с ограниченными возможностями как людей, неспособных ни к чему. Человек с ограниченными возможностями определяется как недееспособный. Я не поддерживаю это восприятие и не согласен с людьми, придерживающимся этого мнения. Есть люди с ограниченными возможностями, которые являются очень активными и способными. Прежде всего, мы должны изменить наш образ мышления и восприятие в отношении людей с ограниченными возможностями»

Сорбон, Душанбе

Так в то время как Конвенция о правах инвалидов (6) определяет инвалидность как нарушения, препятствующие полному и эффективному участию в жизни общества, Закон Республики Таджикистана о социальной защите людей с ограниченными возможностями определяет ее как существенное нарушение функции, ограничивающее деятельность, влекущее за собой необходимость социальной защиты индивида. Хотя эти два определения не обязательно противоречат друг другу, они приводят к сильно разнящимся ответам на то, что имеется в виду под реабилитацией.

Английский язык, к сожалению, страдает от подобных же проблем. Мало того, что лексика, связанная с инвалидностью, зачастую неправильно употребляется в просторечии, но и ключевые термины были пересмотрены за многие годы по мере формирования концептуального представления инвалидности. Поэтому в рамках настоящего анализа будет полезным вновь повторить терминологию, в настоящее время используемую Организацией Объединенных Наций, с целью обеспечения общей основы для всех читателей. Определения основных терминов, используемых в данном анализе, представлены ниже, а более полный лексикон представлен в Приложении 1.

Инвалидность: В Республике Таджикистан используются различные определения инвалидности, в зависимости от политики или целей, для которых инвалидность определяется. ВОЗ рассматривает «инвалидность» как общий термин, объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества, ссылаясь на негативные аспекты взаимодействия между индивидом (с определенным состоянием здоровья), и контекстуальными факторами индивида (внешние и личные факторы) (4). Инвалидность возникает в связи с взаимодействием между имеющимися нарушениями здоровья людьми и поведенческими барьерами и ограничениями окружающей среды, препятствующих их полному и эффективному участию в жизни общества (6). Существует необходимость реализации мер, направленных на устранение окружающих и социальных барьеров.

Для целей настоящего ситуационного анализа авторы опирались на формулировку Статьи 1 Конвенции о правах инвалидов: «К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

Реабилитация: Концепция реабилитации, согласно определению Конвенции о правах инвалидов и Стандартными положениями Организации Объединенных Наций по обеспечению равных возможностей для инвалидов (7), является обширной и охватывает сферу здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг. Реабилитация описана в Конвенции о правах инвалидов как «... соответствующие меры, в том числе при поддержке со стороны, с целью обеспечения лиц с ограниченными возможностями в достижении и сохранения максимальной независимости, полных физических, психических, социальных и профессиональных способностей, а также полного включения и участия во всех аспектах жизни» (6). Конечная цель реабилитации заключается в предоставлении человеку возможностей для полного и эффективного вовлечения и включения в общество, включая учебу, работу, и обеспечение доступа ко всем услугам наравне с другими гражданами.

Реабилитационные группы и отдельные дисциплины могут работать по различным категориям инвалидности. В зависимости от индивидуальной ситуации в стране, реабилитационную группу возможно дополнить вспомогательными дисциплинами. В общем, в процессе реабилитации принимают активное участие следующие специалисты :

- Физиотерапевты;
- Физиотерапевтические технические специалисты и ассистенты;
- Специалисты по трудотерапии;
- Специалисты и ассистенты по трудотерапии;
- Протезисты и ортопеды¹;
- Логопеды²;
- Специалисты по физической медицине и реабилитации³;
- Социальные работники⁴;

¹ Протезисты и ортопеды оказывают помощь и предоставляют средства/устройства, предназначенные для улучшения функционирования людей с физическими недостатками. Ортопедическая помощь включает предоставление внешних приспособлений, предназначенных для поддержки, выпрямления или улучшения функционирования частей тела (например, суппорты, подтяжки). Протезирующие вмешательства включают предоставление искусственной внешней замены отсутствующей части тела (например, искусственных конечностей).

² Логопеды работают для восстановления эффективных речевых навыков людей, а также безопасного и эффективного глотания.

³ Специалисты по реабилитации (физиотерапевты) диагностируют состояние здоровья, производят оценку функционирования и назначают медицинские и технологические мероприятия для лечения этого заболевания и оптимизации функциональных возможностей.

⁴ Профессиональные социальные работники восстанавливают или укрепляют потенциал отдельных лиц или групп в их надлежащем функционировании в обществе, а также помогают обществу в удовлетворении их потребностей.

- Психологи¹;
- Реабилитационные медсестры.

Физиотерапия (физическая терапия): услуги, которые помогают человеку сохранить и повысить их двигательные и функциональные способности (например, с помощью упражнений, обучения движениям или вытяжения). Дополнительная информация представлена в Приложении № 1.

Трудотерапия: услуги, которые помогают человеку принимать участие в повседневной жизнедеятельности (например, обучение людей самостоятельному безопасному приему пищи или приспособление дома к их потребностям). Дополнительная информация представлена в Приложении № 1.

Протезирование и ортопедия: предоставление искусственной внешней замены части тела (протезирование) или внешних приспособлений, предназначенных для поддержки, выпрямления или улучшения функционирования части тела (ортопедия), и соответствующий уход (4).

Вспомогательные технологии и вспомогательные устройства: эти термины часто используются как взаимозаменяемые. Вспомогательным устройством является «любой предмет, часть оборудования или продукта [...], который используется для увеличения, поддержания или улучшения функциональных возможностей лиц с ограниченными возможностями» (4) (например, очки, слуховые аппараты, инвалидные коляски). Вспомогательные технологии это общий термин, охватывающий непосредственно вспомогательные устройства и предоставление связанных с ними услуг.

Сбор данных и ограничения

Первичные данные, были собраны в ходе проведенных интервью, работы с фокус-группами и непосредственных посещений отдельных учреждений и объектов. Вторичные данные были получены путем проведения анализа широкого спектра опубликованной литературы и отчетов, а также данных, предоставленных нам Правительством Республики Таджикистан.

Для выполнения анализа в разумные сроки было выбрано ограниченное подмножество учреждений, расположенных в столице - г. Душанбе, прилегающих районах республиканского подчинения и Согдийской области на севере. Эти учреждения отражают весьма централизованную структуру медицинских услуг, в то же время представляя обзор наличия этих услуг в сельских районах, и включают в себя ряд учреждений, управляемых гражданским обществом при государственной поддержке или без нее. Хотя данная методология ограничивает полноту анализа, при рассмотрении этого обзора партнерами не было признаков, что составленные выводы будут неверны в отношении других регионов Таджикистана.

Вторичные данные, в том числе статистические, были любезно предоставлены Правительством Республики Таджикистан через агентство по статистике и Министерство здравоохранения и социальной защиты населения. Проектный вариант ситуационного анализа был составлен в начале 2014 года с участием различных учреждений, предоставивших данные за 2013 г. в связи с тем, что они стали доступны. Тем не менее, в предоставленных данных наблюдались расхождения, в частности:

¹ Психологи являются специалистами, специализирующиеся в вопросах диагностики и лечения заболеваний головного мозга, эмоциональных расстройств и поведенческих проблем, чаще с помощью терапии, нежели лекарств

- расхождения между данными, предоставленными различными учреждениями, а также расхождения между данными, предоставленными агентством, и данными, предоставленными отдельным учреждением, подчиненным агентству (проблема в объединении и упорядочении отдельных отчетов на более высоком уровне);
- разница между географическими районами в наличии данных – в одной области могут быть в наличии детальные данные по районам, в то время как в другой – только краткая объединенная информация по области, что ограничивает любые попытки сравнения цифр между географическими районами.

Хотя, вероятно, и вытекающие из слаборазвитой системы мониторинга и сбора данных, эти несоответствия не свидетельствуют о принципиально ошибочных цифрах, при условии, что анализ ограничивается анализом людей с ограниченными возможностями, зарегистрированных в системе.

Предметом для большей обеспокоенности, а также более существенным препятствием для правильной оценки текущей ситуации в сфере реабилитации в Республике Таджикистан, является отсутствие сбора данных в отношении той части населения, которая официально не признана как лица, имеющие инвалидность. Например, все существующие данные, касающиеся числа лиц с ограниченными возможностями, и распространенности инвалидных состояний, относятся к лицам, которые получили свидетельство об инвалидности официальным путем, что, таким образом, исключает из статистики всех тех, кто не зарегистрирован в связи с незнанием или нежеланием вставать на учет. И хотя гражданское общество, в особенности, неправительственные организации, присутствующие в отдаленных районах, возможно выполнили сбор своих данных, получить их на национальном уровне невозможно.

Другой серьезной проблемой является ограниченное количество статистических данных, связанных с иными состояниями здоровья, ведущими к инвалидности, такими как неинфекционные заболевания (сердечнососудистые заболевания, диабет и т.д.), ВИЧ/СПИД и т.д. Неинфекционные заболевания, в том числе рак, сердечнососудистые и хронические заболевания органов дыхания, сахарный диабет, психические и неврологические расстройства (например, болезнь Альцгеймера), являются ведущей причиной инвалидности и смертности во всем мире, так как у многих людей с неинфекционными заболеваниями вероятнее всего развивается инвалидность по мере прогрессирования заболевания (8). Согласно докладу ВОЗ о состоянии здоровья в Республике Таджикистан, 2005 г., неинфекционные заболевания являются причиной около 80% всех случаев смерти в стране, и на долю только сердечнососудистых заболеваний приходится 57% общей смертности (9).

Республика Таджикистан является одной из стран, где распространенность ВИЧ возросла более чем на 25% за последние 10 лет (10). Слишком часто люди с ограниченными возможностями не охватываются мероприятиями по профилактике ВИЧ и помощи в связи со СПИД, так как предполагается, что они не являются сексуально активными и поэтому подвергаются низкому или нулевому риску инфицирования ВИЧ. На самом деле, люди с ограниченными физическими, сенсорными и умственными возможностями являются наиболее уязвимыми к воздействию СПИД (11). Кроме того, на протяжении всей истории, Таджикистан пережил много природных и техногенных катастроф и неблагоприятных событий, которые еще больше усугубляют распространенность уязвимых групп населения и лиц с ограниченными возможностями.

Тогда как в задачи данного отчета не входит проведение оценки существующих пробелов в данных, следует отметить, что в целом ВОЗ считает, что 15% населения

имеют инвалидность. При нынешней численности населения около 7,8 млн. жителей можно предполагать, что в Республике Таджикистан проживает около 1,17 млн. людей с ограниченными возможностями, в то время как согласно официальным данным на 2012 год, общее число зарегистрированных лиц с ограниченными возможностями составило лишь 171 447 человек.

Законодательство и услуги, связанные с лицами с ограниченными возможностями

Законодательная база, связанная с вопросами инвалидности

Функция политики в сфере инвалидности состоит в устранении барьеров для полного включения, с которыми сталкиваются лица с ограниченными возможностями и их семьи во всех аспектах жизни. Политика на всех уровнях власти должна быть направлена на систематическое устранение барьеров, которые мешают лицам с ограниченными возможностями быть полноправными и активными гражданами. Настоящий ситуационный анализ изучает положения существующей законодательной базы в Республике Таджикистан с тем, чтобы определить, достаточно ли эффективно она защищает права лиц с ограниченными возможностями. Детальный анализ законодательства Республики Таджикистан, связанного с вопросами реабилитации, представлен в Приложении 2.

Лицам с ограниченными возможностями предоставляются определенные права в соответствии с законодательством Республики Таджикистан. Некоторые законодательные акты полностью посвящены лицам с ограниченными возможностями, но большинство этих прав определяются в подразделах и статьях. Законодательные тексты часто не обеспечивают рамки реализации, и эти детали публикуются впоследствии в форме дополнительных указов и стратегических документов. Кроме того, в настоящее время действуют несколько многолетних планов, направленных на оказание услуг, нацеленных исключительно или частично на людей с ограниченными возможностями, в том числе Национальная стратегия развития на период до 2015 г. а также Стратегия повышения уровня благосостояния Республики Таджикистан на период 2013-2015 гг. (12). Хотя Правительство Республики Таджикистан учредило Координационный совет по социальной защите людей с ограниченными возможностями в 2011 году, отсутствует какой-либо национальный стратегический документ с целостным и последовательным подходом, равно как и какой-либо четкий план действий для сектора, определяющий роли и обязанности. Несмотря на совокупность правовых норм, которые, при рассмотрении в целом, обладают потенциалом для надлежащего определения прав лиц с ограниченными возможностями, эта фрагментация является серьезным барьером в реализации согласованной системы услуг.

Конституция Республики Таджикистан (от 1994 г., с изменениями от 2003 г.) также защищает права лиц с ограниченными возможностями, описывая их права на медицинское обслуживание, образование, социальное обеспечение, жилье и досуг, а также их равенство в обществе. В соответствии с положениями Конституции, каждый человек, в том числе люди с ограниченными возможностями, должны быть равными и обладать правом на все услуги, гарантированные Правительством.

Законодательство Республики Таджикистан предусматривает дополнительные конкретные права для лиц с ограниченными возможностями и их семей в ряде законов, в том числе в Законе о социальной защите лиц с ограниченными возможностями (2010 г.), Законе о пенсиях (1993 г., 2012г.), Семейном кодексе (1998 г., 2008 г.), Жилищном кодексе (1997 г.) и Законе об охране здоровья (1997 г., 2013

г.). Ряд постановлений Правительства более подробно описывают точные пособия. Кроме того, несколько законодательных актов содержат общие принципы о реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Тем не менее, эти законы не сфокусированы именно на вопросах реабилитации, но вытекают из более широких основ, связанных с инвалидностью (Закон о социальной защите лиц с ограниченными возможностями), травмами (Национальная программа по предотвращению травм и модернизации медицинской помощи в случае травм и их последствий в Республике Таджикистан на период 2010-2015 гг. (2010 г.), а также предоставлением услуг по определенным категориям (в том числе, Закон о социальных службах (2008 г.) и Закон о медико-социальной защите лиц, страдающих диабетом (2012 г.), Положение о предоставлении лицам с ограниченными возможностями технических вспомогательных устройств для реабилитации (2011 г.).

Закон о социальной защите людей с ограниченными возможностями, утвержденный в декабре 2010 года, представляет собой значительный шаг вперед по сравнению с Законом от 1991 г. с тем же названием, закладывая основные принципы соблюдения положений Конвенции о правах инвалидов. Закон гласит, что он «призван определить правовые, экономические и организационные основы обеспечения социальной защиты лиц с ограниченными физическими возможностями и предоставить им равные возможности для жизнедеятельности и интеграции в общество» (13). Тем не менее, Закон нуждается в усилении и изменении с целью обеспечения охвата всех аспектов инвалидности (как общих, так и связанных с отдельными видами инвалидности) с конкретным распределением обязанностей и развития институционального и организационного потенциала для продвижения, содействия и поддержки разработки, реализации, мониторинга и оценки из положений Закона.

Ряд законов¹ предусматривают оказание услуг социальными службами для людей с ограниченными возможностями. Государство гарантирует ежемесячные пенсии для пожилых людей, для тех, кто живет с ограниченными возможностями, для оставшихся в живых (то есть семей, потерявших кормильца) и других лиц с определенными заслугами (например, ветеранов Великой Отечественной войны (ВОВ), лиц, пострадавших в связи с аварией на Чернобыльской АЭС, спортсменов-олимпийцев, и т.д.). Сумма пособия зависит от группы инвалидности человека и конкретной ситуации. Наконец, в соответствии с Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2008 г., дополнительная социальная помощь оказывается за счет передачи компенсационных выплат за газ и электроэнергию для семей с двумя и более детьми с ограниченными возможностями и одиноких родителей с ограниченными возможностями, которые заботятся о ребенке с ограниченными возможностями. Кроме того, ряд законодательных актов относятся к реализации права на здоровье и реабилитацию в Республике Таджикистан.

Национальная стратегия по охране здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг., принятая в 2010 году, является основной политикой в управлении сектором здравоохранения. Хотя она признает, что реабилитация

¹ Закон о социальных службах, Закон о пенсиях и Закон о государственном социальном страховании (1997 г., 2008 г.); Положение о предоставлении квоты на рабочие места для особых групп населения (2009 г., 2011 г.), Положение о утверждении масштаба и методов обеспечения бесплатных услуг по социальной помощи (2012 г.), Положение о предоставлении людям с ограниченными санаторно-курортного лечения (2011 г.), Процедуры по предоставлению пенсий, пособий и других видов социальных выплат для граждан Республики Таджикистан (1999 г.), Процедуры по утверждению Перечня медицинских показаний, наделяющих правами на социальные пенсии и пособия для детей с ограниченными возможностями до 18 лет (2013 г.), Процедуры по утверждению Перечня специализированных препаратов для личного пользования для людей с ограниченными возможностями, чьи поставки и импорт освобождены от налога на добавленную стоимость (2006 г., 2012 г.).

больных с хроническими заболеваниями и лиц с ограниченными возможностями является важным фактором в снижении бремени болезней, стратегия не направлена конкретно на лиц с ограниченными возможностями или их реабилитацию. Улучшение доступности, качества и эффективности медицинских услуг является одним из заявленных приоритетов Стратегии. Под доступом населения к медицинской помощи, Стратегия подразумевает лишь создание новых медицинских учреждений. Физический доступ людей с ограниченными возможностями в существующие медицинские учреждения является одним из главных препятствий, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями, о котором не упоминается.

В 2011 году Правительство Республики Таджикистан приняло Программу по предоставлению пакета гарантированных услуг на 2012-2013 г. в пилотных районах. Пакет гарантированных услуг предназначен для обеспечения бесплатного доступа к первичной медицинской помощи для всех и бесплатных больничных услуг для определенных групп, в то время как остальные должны вносить номинальный платеж.

Категории, освобождаемые от оплаты, включают ветеранов Великой Отечественной войны (ВОВ), инвалидов с рождения, детей с ограниченными возможностями в возрасте до 18 лет, детей-сирот и детей, проживающих в учреждениях интернатного типа, лиц, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, и членов их семей, лиц, ставших инвалидами во время прохождения военной службы, детей в возрасте до 1 года, инвалидов группы I и II, которые получили увечье на рабочем месте, взрослых в возрасте от 80 лет, взрослые, живущие в интернатных учреждениях и лиц с особыми заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИД и диабетом. Больные, не относящиеся к освобожденным, но направленные медработниками ПМСП, оплачивают 50% от средней стоимости необходимого медицинского обслуживания, в то время как лица без направления платят 70%. Как и в случае со многими другими законодательными и нормативными документами, на практике большинство лиц с ограниченными возможностями не знакомы с этими положениями и сталкиваются с трудностями при получении направления к услугам.

«Я не знаю в точности о правах и льготах, которые предоставляет наше правительство. Я лишь знаю, что человек с ограниченными возможностями имеет какие-то льготы на коммунальные услуги, но такие льготы не распространяются на других членов семьи. Если человек с ограниченными возможностями является главой семьи, и он зарегистрирован в качестве владельца квартиры, он будет получать скидки в 50% при оплате счетов за газ, электричество и воду. Существуют льготы на общественный транспорт, но в нашем городе эти льготы не применяются, поскольку мы платим за проезд в общественном транспорте. Хотя существует единовременное пособие на приобретение лекарств, никто в медицинских учреждениях не скажет нам об этом, если мы не обратимся к руководителю учреждения».

Зухро, Душанбе

В 2005 году Республика Таджикистан подписала Декларацию о психическом здоровье (14) и план действий по психической гигиене для Европы (15), который содержит призыв к государствам-членам ВОЗ разработать политику, программы и законодательство в области психического здоровья, исходя из имеющихся знаний и соображений относительно прав человека, в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами в сфере психического здоровья. Таджикистан до сих пор не имеет комплексного национального плана по решению вопросов в области психического здоровья. Закон о психиатрической помощи (2002 г.), являясь

основным законом, регулирующим оказание услуг в области психического здоровья в Республике Таджикистан, не был полностью реализован, и многие его положения устарели (16).

Признавая проблемы людей с ограниченными возможностями и членов их семей, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения после консультаций с широким кругом партнеров разработало шестилетнюю концепцию (на 2014-2019 гг.), именуемую «Лучшее здоровье для лиц с ограниченными возможностями в инклюзивном обществе в Республике Таджикистан». Документ содержит видение позиции страны, где люди с ограниченными возможностями и их семей обладают наивысшим достижимым уровнем здоровья: общая цель заключается в способствовании достижению здоровья, благополучия и реализации прав человека для лиц с ограниченными возможностями. Его цели заключаются в следующем:

- устранение барьеров и улучшение доступа к услугам и медицинским программам;
- укрепление и расширение реабилитационных услуг;
- оказание поддержки в сборе соответствующих данных по инвалидности и обеспечение содействия в проведении междисциплинарных исследований.

Республика Таджикистан остается единственной страной в Центральной Азии, не подписавшей Конвенцию о правах инвалидов, хотя страна является стороной более 60 международных договоров, которые признают право на здоровье (Приложение № 2). В соответствии со Статьей 10 Конституции 1994 года, международно-правовые документы, признанные Республикой Таджикистаном, стали составной частью ее правовой системы. Согласно положениям этих конвенций, Республика Таджикистан имеет обязательства в отношении детей и женщин с ограниченными возможностями и профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Присоединение к Конвенции о правах инвалидов будет способствовать координации реализации национальных законов и обязанностей в рамках других международных конвенций.

Хотя Правительство Республики Таджикистан имеет ряд законодательных актов, которые могли бы быть применены к лицам с ограниченными возможностями, соответствующее законодательство до сих пор фрагментировано, и отсутствует комплексный национальный документ, который мог бы выступать в качестве точки отсчета для услуг по инвалидности. Несоблюдение существующих законов является еще одной очевидной проблемой в Таджикистане. Хотя национальное законодательство предусматривает защиту прав и свобод лиц с ограниченными возможностями, они не всегда воплощаются в реальность. Таким образом, многие лица с ограниченными возможностями в реальности не имеют доступа к медицинской помощи, образованию, социальным услугам, занятости и равенству. Медицинская точка зрения на инвалидность как на нечто, являющееся виной самого человека, доминирует в законодательстве, в то время как международные стандарты выделяют препятствия, создаваемые обществом, которые приводят к исключению людей с ограниченными возможностями. Таджикское законодательство рассматривает людей с ограниченными возможностями как лиц, нуждающихся в защите, что представлено положениями Закона о социальной защите инвалидов.

В целях улучшения доступа лиц с ограниченными возможностями ко всем услугам, гарантированным Правительством, существует необходимость создания стратегической национальной программы защиты прав инвалидов, которая должна соответствовать положениям Конвенции о правах лиц с ограниченными возможностями и охватывать различные международные договоры, участником

которых Республика Таджикистан является. Действующее законодательство (т.е. Закон о социальной защите лиц с ограниченными возможностями) необходимо изменить с тем, чтобы привести его в соответствие с передовой международной практикой, в частности, с Конвенцией о правах инвалидов, обеспечить его согласованность с иными национальными законодательными актами и содействовать правовому подходу к вопросам инвалидности.

Обзор систем медицинской помощи, образования, труда и социальной защиты

Секторы здравоохранения, образования, труда и социальной защиты являются основными компонентами в реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Данный обзор представляет текущее состояние этих сфер и механизмы, с помощью которых лица с ограниченными возможностями могут получить доступ к услугам, связанным с инвалидностью.

Здравоохранение

Республика Таджикистан унаследовала советскую модель здравоохранения, в которую внесены пока ограниченные структурные изменения. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения отвечает за национальную политику в области здравоохранения, хотя имеет ограниченный контроль над общим бюджетом здравоохранения, и непосредственно управляет большинством медицинских учреждений на национальном уровне. Местные власти отвечают за местные службы здравоохранения. Структура Министерства представлена в Приложении 3.

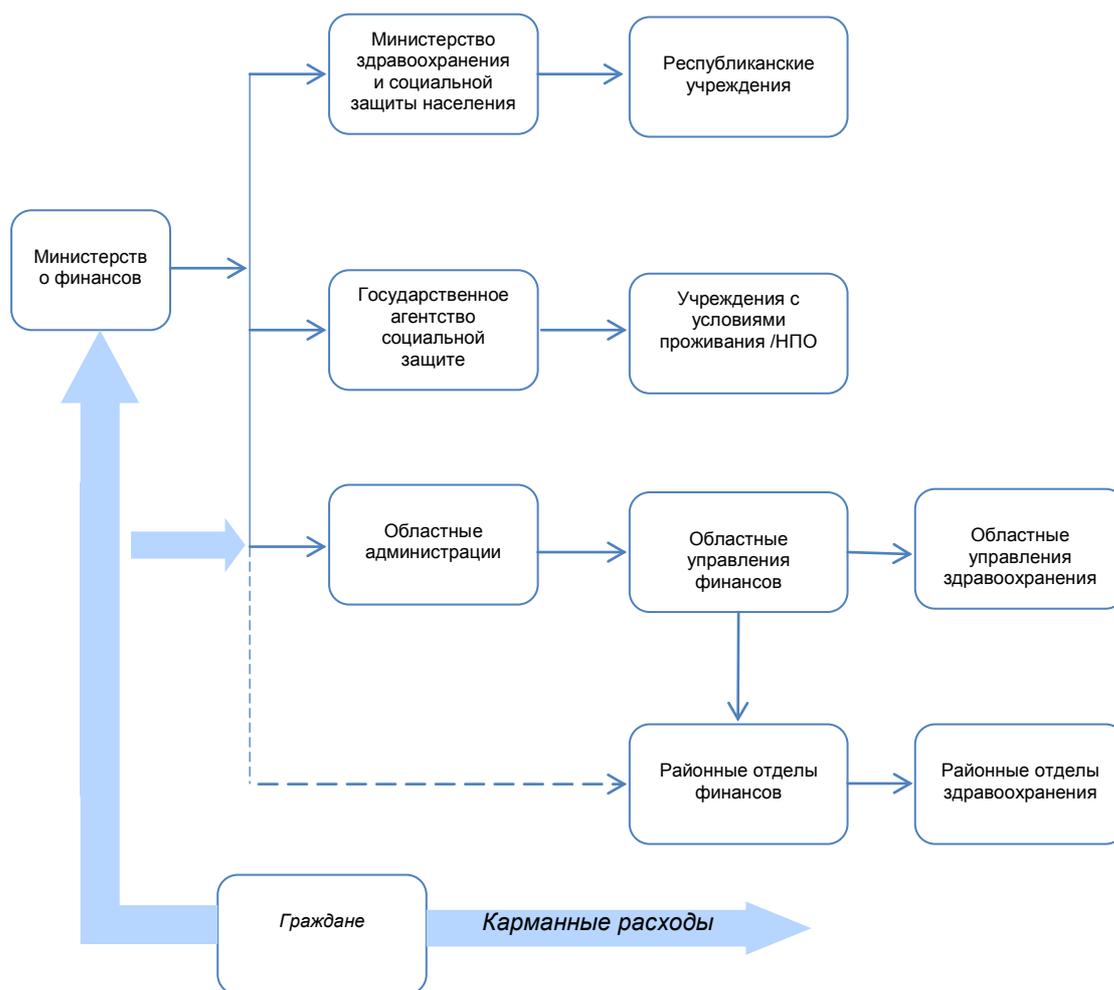
Различные структуры включают в себя учреждения от диспансеров и пунктов первичной медико-санитарной помощи на районном уровне до городских и районных больниц и поликлиник. Находящиеся в верхней части пирамиды направления (передачи) на получение услуг национальные и республиканские центры (последние получают этот статус только Президентским указом) предлагают третичную медицинскую помощь (специализированные услуги) в своих сферах соответственно в рамках системы общественного здравоохранения. Система здравоохранения является сильно централизованной, с подавляющим большинством национальных и республиканских центров, расположенных в Душанбе или прилегающих районах республиканского подчинения.

Качество услуг и инфраструктура в значительной степени пострадали в связи с резким снижением расходов в секторе здравоохранения после обретения независимости и гражданской войны, имевшей место в период 1992 – 1997 гг. Государственные расходы упали с 4,5% ВВП в 1991 году до 0,9% в 2002 году. В результате этого, хотя система остается номинально свободной для доступа, неформальные наличные платежи стали основной частью общих расходов на здравоохранение, достигнув 78,8% от общего объема расходов в 2005 году (17). Расходы на общественное здравоохранение значительно возросли с 2002 года, достигнув 2% от ВВП в 2012 году, в то время как сам ВВП Республики Таджикистан значительно вырос с 1,5 млрд. долл. США в 2002 году до почти 7 млрд. долл. США в 2012 году (18). Тем не менее, увеличение расходов было недостаточным, чтобы замедлить устаревание медицинских учреждений и оборудования. Также Совместный ежегодный обзор на 2011/12 гг. подчеркивает тот факт, что низкий уровень финансирования со стороны государства по сравнению с наличными платежами, которые представляют собой барьер для доступа к основным медицинским услугам для наиболее уязвимых слоев населения, является одной из основных проблем (19).

Система здравоохранения Республики Таджикистан в настоящее время переживает сложный переход к новой системе здравоохранения с новыми механизмами управления, финансирования и функционирования. Существуют планы по проведению коренной реформы системы, направленные на повышение доступности медицинских услуг. Поддержка будет предоставлена для реализации и мониторинга концепции реформирования здравоохранения и Концептуальной Основной Программы для оказания медицинской помощи и услуг общественного здравоохранения, что будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи населению (12). Существует серьезный дисбаланс в распределении материальной базы и бюджетных средств между первичной медицинской помощью и больничными услугами, в результате которого большая часть финансирования идет на вторичное здравоохранение (больницы), где оказываемые услуги дороги и недоступны бедным группам населения (20).

Рис. 3 демонстрирует поток финансирования в системе инвалидности и реабилитации. Исключение составляет Душанбе и районы республиканского подчинения, где средства направляются непосредственно к администрации города/района.

Рис. 3. Финансовые потоки в системы инвалидности и реабилитации



Источник: Адаптировано из положений Закона № 395 о государственных финансах Республики Таджикистан (18 июня 2008 г.).

До недавнего времени, медицинские услуги для людей с ограниченными возможностями не являлись структурами, принадлежащими двум отдельным министерствам: Министерством здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты. Структура министерств была пересмотрена после президентских выборов 2013 года, и многие из служб, отделов и структур, находившихся под управлением Министерства труда и социальной защиты, были переданы Министерству здравоохранения, которое было переименовано в Министерство здравоохранения и социальной защиты населения с целью демонстрации его новых обязанностей. Все государственные структуры, оказывающие специализированные услуги для людей с ограниченными возможностями, в настоящее время находятся под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты, за исключением школ-интернатов, которые остаются в ведении Министерства образования, хотя в этих учреждениях работает медицинский персонал, также подотчетный Министерству здравоохранения и социальной защиты. Хотя недавние изменения вызвали опасения среди неправительственных партнеров в том, что новое Министерство будет менее сосредоточено на социальном аспекте реабилитации, а также, что спектр доступных социальных услуг может уменьшиться, изменения позволят обеспечить более четкие структуры и избежать ошибок в межведомственном сотрудничестве. Хочется надеяться, что вновь образованное Министерство будет поддерживать сбалансированный подход к реабилитации, при котором все аспекты, связанные со здоровьем и социальными вопросами, получат равное внимание. Кроме того, изменение откроет двери для возможного назначения координатора или службы, которая объединит и полностью охватит вопросы, связанные с инвалидностью.

Доступ к поставщикам специализированных услуг в связи с инвалидностью, требует официального признания инвалидизирующего состояния и получения «свидетельства об инвалидности». После предварительного диагноза врача общей практики или местного диспансера человек направляется в учреждение высшего уровня, где будет проведена оценка инвалидизирующего состояния. В последующем человек представляет эту оценку медицинской комиссии, которая определяет соответствие человека требованиям для получения статуса инвалида.

В отношении лиц старше 18 лет ответственной комиссией является агентство по медико-социальной экспертизе (в разговорной речи все еще известное под своим бывшим советским названием ВТЭК - врачебно-трудова экспертная комиссия). До 2008 года эти учреждения полностью состояли из специализированных комиссий, ответственных за определение и классификацию инвалидности, чтобы индивиды могли получать государственные пособия соответственно виду инвалидности. После 2008 года обязанности агентства по медико-социальной экспертизе были расширены с включением вопросов контроля и последующего наблюдения медицинского лечения и реабилитации индивидов, а также ведения социальных программ. В агентстве работает 130 штатных врачей различных специализаций, связанных с инвалидностью и имеет 32 учреждения по всей стране. При необходимости, агентство может также вызвать дополнительных специалистов из любого медицинского учреждения. Комиссии должны состоять как минимум из пяти врачей, и для подтверждения первоначального диагноза могут потребоваться дополнительные медицинские анализы.

В отношении детей в возрасте до 18 лет ответственной комиссией является врачебная консультативная комиссия (ВКК). Каждая поликлиника, функционирующая на городском, областном или национальном уровне имеет отдел врачебной консультативной комиссии и полномочия созыва комиссии освидетельствования. Каждая комиссия включает одного представителя врачебной консультативной

комиссии, семейного врача, который оказывает помощь ребенку, и одного соответствующего узкого специалиста от поликлиники.¹

Приобретение свидетельства об инвалидности является ключевым шагом в получении доступа к специализированным медицинским услугам, вспомогательным устройствам, пенсиям и пособиям, а также получении места в школе или учреждении-интернате. Кроме того, статус лица с ограниченными возможностями наделяет правом на бесплатные медицинские услуги, вне зависимости от взаимосвязи с инвалидностью. Республика Таджикистан не использует Международную классификацию функций, ограничений жизнедеятельности и здоровья², но вместо этого использует свою собственную классификацию для определения степени инвалидности и, следовательно, спектра доступных услуг. Дети с ограниченными возможностями находятся в одной единственной категории, в то время как взрослых относят к 1-3 категориям, где 1 группа представляет самую тяжелую степень нарушения. Выбор категории зависит от двигательной функции или умственных способностей индивида, но не рассматривает инвалидность в каком-либо социальном контексте или оценивает окружающую среду как положительный или ограничивающий фактор. Поскольку категории определены не четко, часто встречаются пограничные случаи, что приводит к системе, открытой для манипуляций. Отсутствие общепринятой системы классификации также является препятствием для эффективной оценки возможностей и ограничений индивидов и разработки соответствующей политики.

«Я получил инвалидность III группы, что означает мою способность работать. Я был левшой и потерял левую руку. В соответствии с Законом Республики Таджикистан о пенсионном обеспечении, если бы я потерял свою правую руку, меня бы считали инвалидом второй группы. Тем временем я не работаю, у меня есть семья и трое детей. Пенсия, на которую я имею право по инвалидности, составляет 90 сомони в месяц, что явно недостаточно даже для удовлетворения самых основных потребностей себя и своей семьи. Я обратился в Государственное агентство по медико-социальной экспертизе для нового рассмотрения моего дела, но ничего не изменилось. Чиновники ссылались на закон, где указано, что потерю левой руки следует рассматривать в качестве инвалидности группы II».

Самад, Раштский район

Лица, получившие свидетельство об инвалидности, обязаны обращаться в экспертную комиссию каждые два года для повторного освидетельствования. В таких случаях лица с ограниченными возможностями могут быть переведены из одной категории в другую или даже вообще лишиться свидетельства об инвалидности, в зависимости от развития их состояния. Необходимость регулярных визитов для сохранения статуса инвалида тяжелым бременем ложится на наиболее уязвимые слои населения, особенно проживающих в отдаленных районах, в связи

¹ Во время подготовки данного документа поступило сообщение, что в ближайшем будущем два ведомства, ответственных за выдачу свидетельств об инвалидности – агентство по медико-социальной экспертизе и врачебная консультативная комиссия – будут объединены.

² Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) (<http://www.who.int/classifications/icf/en>) является классификацией здравоохранения и доменов, связанных со здоровьем. Так как функционирование и инвалидность личности происходит в контексте, МКФ также включает перечень факторов окружающей среды.

со стоимостью и сложностью перемещения по стране при их инвалидизирующем состоянии.

Официальные статистические данные о распространенности инвалидности (171 447 человек в 2012 году) основаны исключительно на численности лиц, которые официально получили статус инвалида. Однако эта цифра не включает тех людей, которые были бы признаны имеющими инвалидность согласно таджикской классификации, но не обратились в комиссии по разным причинам. Права лиц с ограниченными возможностями и доступные для них услуги не очень хорошо известны среди общего населения, особенно в сельских районах. Кроме того, самые бедные группы населения, особенно лица с ограниченными возможностями, не всегда имеют денежные средства для доступа к медицинской системе в первую очередь. Культурное неприятие инвалидности является еще одним фактором, и более консервативные слои населения не хотят видеть себя или своих детей официально классифицированными в системе инвалидности. Наконец, среди более образованных и состоятельных групп населения некоторые полностью отказываются от официальной системы, получая услуги через частный сектор и за рубежом, в основном в Российской Федерации и Исламской Республике Иран.

« Моя дочь страдает аутизмом. Большинство врачей даже не знают о таком диагнозе. Я очень хочу, чтобы моя дочь была бы принята обществом. Матери, имеющие детей, страдающих аутизмом, хотят, чтобы члены общества лечили наших детей, как и другие детей. Недавно неправительственная организация «Ирода» организовала комбинированный летний лагерь для детей с аутизмом, синдромом Дауна и других детей с ограниченными возможностями. Это стало таким большим событием. Там не было никакой разницы между детьми, и мы не могли определить, какие дети имели нарушения. Дети общались друг с другом; проблема возникает при общении с взрослыми. Моя дочь иногда становится агрессивной: если ей не нравится что-то, она может ущипнуть меня. Когда мы находимся в [общественном] транспорте, в эти моменты агрессии люди, как правило, оборачиваются, чтобы посмотреть, что происходит. Я привыкла к такому отношению, и теперь я не обращаю внимания. Она моя дочь, и она для меня все! В моменты агрессии, я обнимаю ее и спокойно пою песню, тем самым успокаивая ее. Когда моя дочь выходит на детскую площадку, она обычно не присоединяется к другим детям, она избегает общения с другими детьми. Я думаю, что это главная характеристика детей с аутизмом, они не знают, как взаимодействовать с другими детьми, даже если они хотят. Как правило, они живут в своем собственном мире, и они хорошо самостоятельно играют».

Фируза, Душанбе

Образование

Образование является воротами для обеспечения полного участия в жизни общества. Это особенно важно для детей с ограниченными возможностями, которые зачастую исключены из общества. Участие в школьной жизни является важным способом для детей с ограниченными возможностями в исправлении заблуждений, мешающих интеграции. Включение детей и взрослых с ограниченными возможностями в сферу образования важно, так как образование способствует формированию человеческого капитала и, таким образом, является ключевым фактором, определяющим личное благополучие и благосостояние. Исключение детей с ограниченными возможностями из образовательных учреждений и сферы занятости имеет высокую социальную и экономическую стоимость; и страна не

может достичь Цели 2 (всеобщее получение начального образования) из Целей Развития Тысячелетия, или «Образования для всех», если дети с ограниченными возможностями не охвачены системой образования.

Национальная концепция инклюзивного образования основное внимание уделяет включению детей-инвалидов в общий образовательный процесс. Право на равные возможности в области образования строго определено и включает в себя положения об инклюзивном образовании для детей с ограниченными возможностями в общеобразовательных дошкольных учреждениях и основном и профессиональном обучении в специально оборудованных учреждениях.

Для детей в учреждениях интернатного типа Концепция обуславливает ответственность этих учреждений за обучение и воспитание подопечных детей. Кроме того, Концепция предусматривает обеспечение домашнего обучения для детей с ограниченными возможностями, не имеющих возможность получать образование в специализированных или обычных учебных заведениях. Документ также предусматривает оказание дополнительной социальной помощи семьям с двумя и более детьми с ограниченными возможностями и одиноким родителям детей с ограниченными возможностями.

С 1997 года, после завершения гражданской войны в Республике Таджикистан, от которой пострадали школы страны наряду с другими национальными инфраструктурами, Правительство предпринимает усилия по улучшению хрупкой системы образования страны. Национальная стратегия развития образования (2006-2015 гг.) направлена на улучшение управления, качества образования, обеспечения справедливого доступа, участия общин и физической инфраструктуры.

В Таджикистане детям с ограниченными возможностями предлагаются различные формы образования, в зависимости от ситуации и их индивидуальных потребностей. Закон об образовании (2004 г.) с изменениями, внесенными в 2013 году, предусматривает обеспечение прав на образование детям с ограниченными возможностями. Согласно положениям Закона, дети с ограниченными возможностями имеют доступ к помощи и специальному техническому оборудованию в соответствии с их потребностями в основных и специальных школьных учреждениях. Если ребенок с ограниченными возможностями не может получать образование в учебном заведении, он/она обучается на дому в соответствии с пожеланиями родителей. Министерство образования и науки предлагает школы-интернаты для детей с ограниченными возможностями. Домашнее образование обеспечивается учителем, который посещает ребенка на дому. Кроме того, дети с ограниченными возможностями могут посещать обычные школы, хотя большинство из этих школ не имеют полной доступности и не оснащены для инклюзивных целей в отношении подготовки учителей, оборудования, учебной программы или учебных материалов.

Министерство образования и науки Республики Таджикистан представляет следующие цифры относительно специальных интернатов и школ-интернатов для детей с ограниченными возможностями (21). Таблица 1 демонстрирует количество детей-инвалидов в интернатах и школах-интернатах, классифицированных по типу инвалидности. Таблица 2 отражает формы получаемого ими образования.

Таблица 1. Дети с ограниченными возможностями в образовании, по формам инвалидности

Число школ	Нарушения/ инвалидность	Число детей
03	Нарушения слуха и глухота	641 (в т.ч. 201 девочек)
03	Нарушения зрения и слепота	243 (в т.ч. 68 девочек)
01	Полиомиелит	285 (в т.ч. 58 девочек)
04	Интеллектуальные нарушения и инвалидность	575 (в т.ч. 98 девочек)

Таблица 2. Форма образования, получаемая детьми с ограниченными возможностями

Название учреждения	Общее число детей с ограниченными возможностями		
	Всего	Мальчики	Девочки
Специальные школы – интернаты	1744	1320	424
Дошкольные учреждения	н/п	н/п	н/п
Основные школьные учреждения	2988	1944	1044
Домашнее обучение	999	589	410

В то время как эти данные демонстрируют, что 2988 детей с ограниченными возможностями посещают основные общеобразовательные школы, остаются неизвестными их виды инвалидности, а также регулярность посещения ими школьных учреждений. Министерство образования и науки не имеет последних данных о количестве детей с ограниченными возможностями школьного возраста, а также какой-либо информации об уровне грамотности среди детей с ограниченными возможностями. Министерство образования и науки указывает, что 1 693 956 детей были зачислены в систему общего образования в учебном 2010/11 году. Общий показатель охвата образованием в Республике Таджикистан составляет 97,2%. В то время как данные свидетельствуют о том, что в обычных школах в Таджикистане есть дети с ограниченными возможностями, Таблица 2 гласит, что только 2988 детей с ограниченными возможностями посещали школу. Хотя образование является обязательным (до 9 класса) и бесплатным, лишь 12% из общего числа официально зарегистрированных детей с ограниченными возможностями посещали обычные школы.

Судя по информации, полученной от организаций инвалидов и из интервью, представляется, что большинство детей с ограниченными возможностями, например, глухие или слепые дети, не получают образования вообще. Эти дети не имеют соответствующих технических средств, ресурсов и учителей, а также соответствующего бюджета. Для глухих детей, например, требуются учителя, знакомые с языком жестов, но школы не имеют таких условий. Закон о социальной защите людей с ограниченными возможностями признает язык жестов в качестве средства межличностного общения. Тем не менее, статьи не перечисляют ситуации, в которых глухой человек или человек с нарушениями слуха имеет право на оказание услуги на языке жестов.

«Мне 23 года, и я слабовидящая. Недавно я стала членом Ассоциации слепых, и узнала, что существует специальная школа для слабовидящих и слепых детей. До этого ни мои родители, ни я не знали о существовании такой школы. Я неграмотная и только в возрасте 22 лет я начинаю учить алфавит. Если бы мы знали прежде, мы смогли бы сэкономить много времени, и к настоящему времени я бы могла устроиться на работу.

Сафаргуль, Душанбе

Несмотря на то, что образование для всех граждан предусмотрено законом, многие дети с ограниченными возможностями не получают образования. Доступ к образованию ограничен в связи с недоступностью зданий, неподготовленностью учителей, отсутствием помощи, негативным отношением и ограниченностью учебных материалов для удовлетворения потребностей детей с ограниченными возможностями. Все это сокращает перспективы доступа к образованию, участия в общественной жизни и включения в общество для детей с ограниченными возможностями.

Средства к существованию

Участие в экономической деятельности необходимо для каждого человека, не только для целей пропитания, элементарного выживания и пополнения семейного дохода, но также для улучшения самооценки и повышения самореализации. ВОЗ предполагает, что гарантированные средства к существованию¹ могут снизить уровень бедности среди лиц с ограниченными возможностями. Термин «средства к существованию» относится не только к способности зарабатывать, но и возможности развивать потенциал человека с обеспечением контроля над факторами, которые формируют его/ее жизнь и способствуют развития общества. Устойчивый подход к обеспечению средств к существованию подчеркивает доступ к ресурсам, рыночным и экономическим услугам, устранению барьеров на пути участия, реформам основных услуг и усовершенствованию инфраструктур.

Лица с ограниченными возможностями в развивающихся странах сталкиваются с множеством препятствий на пути обеспечения достойного существования. Во всем мире Международная организация труда (2010 г.) считает, что около 386 млн. человек трудоспособного возраста являются людьми с ограниченными возможностями, а уровень безработицы среди детей с ограниченными возможностями во многих странах достигает 80% (22). Существуют серьезные факторы, которые влияют на жизнедеятельность людей с ограниченными возможностями, например, сложности в определении соответствующих рабочих мест, доступность, дискриминация и негативное отношение, а также отсутствие образования и квалификации.

Несмотря на улучшения условий жизни, согласно оценкам, 42% общего населения Республики Таджикистан до сих пор живет в бедности (12). Точное число лиц с ограниченными возможностями, которое живут в бедности, не зарегистрировано. Эмпирический анализ показывает, что большинство людей с ограниченными

¹ Термин «средства к существованию» можно понимать как средство заработка или доступа к источнику дохода. Средства к существованию могут быть связаны с целым рядом мероприятий и услуг по содействию самообеспеченности, в том числе формальное и неформальное образование, профессиональная подготовка, оплачиваемая занятость, самозанятость, микрофинансирование, сельскохозяйственные программы и программ социальной защиты.

возможностями в Таджикистане не имеют возможности трудоустройства. Хотя предполагается, что уровень безработицы среди лиц с ограниченными возможностями очень высок, точные данные отсутствуют. Точно так же, какая-либо информация о самозанятости среди лиц с ограниченными возможностями отсутствует.

Широко признано, что занятость и получение доходов являются ключевыми факторами для расширения возможностей и содействия включению людей с ограниченными возможностями в жизнь общества (23). Государственное учреждение - профессионально-технический лицей¹ и школа-интернат для детей с ограниченными возможностями в городе Душанбе, с филиалом в Рушанском районе² - представляет собой единственное профессионально-техническое учебное заведение, которое оказывает услуги производственно-технического образования (включая проживание, питание и профессиональную подготовку) для молодых людей с ограниченными возможностями. Студенты могут получить профессиональное образование в пяти дисциплинах: сапожник, швея, радиомеханик, помощник бухгалтера и оператор ЭВМ. Согласно данным Государственного агентства по социальной защите, занятости и миграции, в 2013 г. в лицее обучались и проживали 295 студентов с ограниченными возможностями, и из числа 162 студентов, завершивших обучение в 2011 году, 49 продолжили учебу в высших учебных заведениях, и 89 были приняты на работу в сфере своей специализации.

Возможности трудоустройства в Республике Таджикистан ограничены количеством организаций людей с ограниченными возможностями, предоставляющих трудоустройство для своих членов. Например, в Ассоциации слепых работает около 640 человек с различными уровнями нарушения зрения. Точно так же, Национальный союз глухих, помимо всего, обучает учителей-неинвалидов языка жестов, и они, в свою очередь, обучают детей в школах-интернатах для глухих и слабослышащих детей.

«У меня церебральный паралич, но это не мешало мне продавать книги на улице. Через несколько лет мне сказали закрыть мой «бизнес». Моя социальная пенсия составляет 200 сомони. Из [этой суммы] я плачу 160 сомони за электроэнергию и за воду. Я обратился в несколько банков и попросил [о] кредите для открытия нового дела, но все они мне отказали. Из-за моей инвалидности я считаю себя недееспособным лицом и не могу нести юридическую ответственность за любые действия, а банки не могут конфисковать мое имущество».

Ашраф, Душанбе

Ограниченные возможности формального или неформального трудоустройства, отсутствие дохода и доступа к финансам, сберегательным и кредитным программам являются основными проблемами для жизни людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан. В результате безработицы или низкого уровня занятости, большинство людей с ограниченными возможностями не имеют иного другого выбора, кроме того, как положиться на государственные программы социальной помощи вне зависимости от их желания. Пенсия, предоставляемая

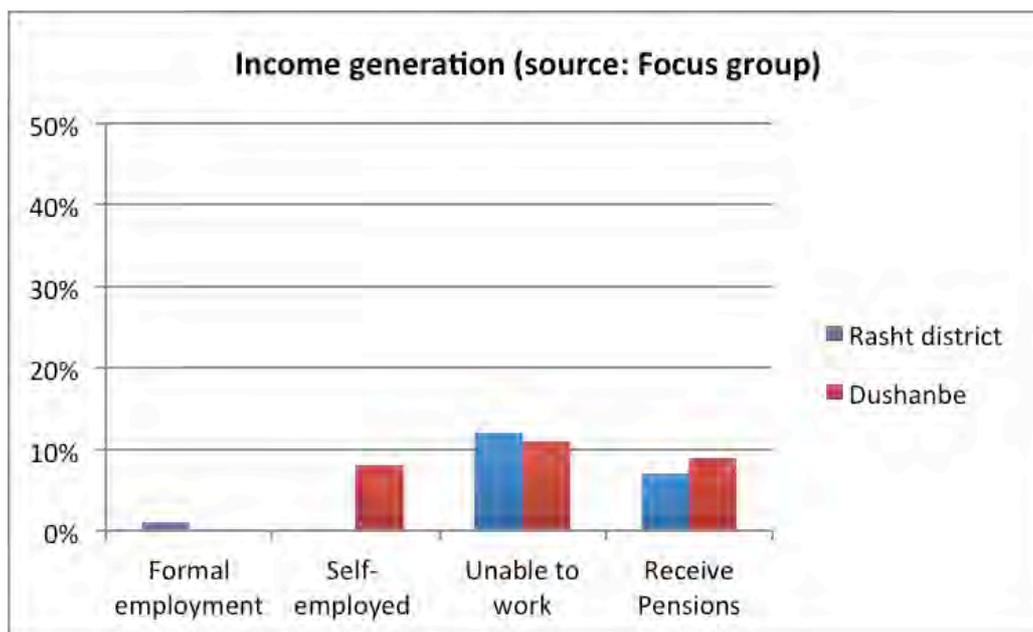
¹ лицей является категорией образовательного учреждения, предлагающего трехлетнюю образовательную программу со специальным уклоном в определенной учебной дисциплине.

² филиал в Рушанском районе не оказывает услугу проживание.

государством, как правило, недостаточна для создания новых коммерческих проектов.

Рис. 4 ниже хоть и не представляет сведения по всей стране, но отражает источники доходов людей с ограниченными возможностями. Разница между сельскими и городскими жителями невелика, и она заключается в уровне самозанятости. Одна из причин низкого числа самозанятых лиц с ограниченными возможностями в сельской местности может быть тот факт, что любой возможный вариант самозанятости в сельских районах усугубляется отсутствием необходимых ресурсов.

Рис. 4. Источники доходов лиц с ограниченными возможностями, Республика Таджикистан, 2014 г.



Источник: данные фокус-группы

Женщины с ограниченными возможностями зачастую сталкиваются с большими трудностями в поиске работы, нежели мужчины, в связи с негативным отношением к женщинам с ограниченными возможностями. Ни один из участников женского пола в обсуждении фокус-групп не имел каких-либо источников дохода, за исключением пенсии по инвалидности.

Трудовой кодекс Республики Таджикистан обязывает работодателей принимать на работу лиц с ограниченными возможностями в соответствии с квотой. Более конкретные положения о квоте содержатся в Законе о социальной защите людей с ограниченными возможностями, в котором говорится, что, если компания имеет более чем 20 сотрудников, люди с ограниченными возможностями должны составлять не менее 5% рабочей силы. Организациям, обеспечивающим рабочие места для лиц с ограниченными возможностями, предоставляются льготные условия налогообложения. В то время как законодательство является позитивным шагом в деле защиты прав и обеспечения достоинства людей с ограниченными возможностями, многие проблемы все еще сохраняются. Например, хотя правительство объявило квоту рабочих мест в размере 5% во всех секторах, это положение никогда не было должным образом реализовано. Это может быть частично связано с отсутствием информированности работодателей о потенциале людей с ограниченными возможностями и/или точки зрения работодателей о том, что трудоустройство людей с ограниченными возможностями является «благотворительностью». Чтобы люди с ограниченными возможностями

рассматривались в качестве производительных работников, частный сектор необходимо мотивировать посредством большей пропаганды и информации. Организации гражданского общества, работающие в таких областях, как средства к существованию и формирование доходов, также должны предоставить перспективы для людей с ограниченными возможностями.

Экономические права и перспективы людей с ограниченными возможностями являются ключом к самостоятельной жизни и устойчивым средствам к существованию. Таким образом, государственная политика и законодательство в Республике Таджикистан должны быть составлены так, чтобы способствовать улучшению перспектив мужчин и женщин с ограниченными возможностями в создании дохода путем укрепления их трудовых навыков, повышения профессиональной подготовки и развития предпринимательства, расширения возможностей для трудоустройства и снижения зависимости от государственных льгот.

Система социальной защиты

Непрерывное развитие системы социальной защиты является стратегическим приоритетом социальной политики Таджикистана, направленной на обеспечение конституционных прав людей. Как основной стратегический документ Таджикистана, Национальная стратегия развития на период до 2015 года определяет приоритеты и общие направления государственной политики, которая ориентирована на достижение устойчивого экономического роста, облегчение доступа населения к базовым социальным услугам и снижение бедности. Все государственные, отраслевые и региональные концепции, стратегии, программы и планы развития страны, реализуемые на местах в настоящее время и находящиеся в стадии разработки, а также деятельность всех правительственных учреждений, основаны на Национальной стратегии развития. Стратегия повышения уровня благосостояния Республики Таджикистан на 2013-2015 гг. находится на стадии разработки в рамках Национальной стратегии развития. Это трехлетняя среднесрочная программа, предусматривающая реализацию стратегических и приоритетных направлений экономического и социального развития, гармонизируя отраслевые и региональные стратегии и программы, также определяет направления развития страны.

Стратегия повышения уровня жизни также признает следующие вопросы, в том числе проблемы в секторе социальной защиты: несоответствующее управление и финансовые механизмы в социальной сфере, отсутствие современной методологии и механизмов сбора, обработки и представления секторальной статистической информации, ограниченные источники финансирования и неполная нормативно-правовая база для социальной защиты; недостаточный уровень социальных пособий и услуг, а также отсутствие стандартов социального обслуживания, неблагоприятные условия для организации и развития альтернативной инфраструктуры по оказанию социальных услуг государством при использовании самых современных механизмов реализации, а также отсутствие эффективной политики предотвращения социальных рисков.

Сложности переходного периода и затяжного гражданского конфликта в 1990-е годы вызвало снижение уровня ВВП и роста инфляции, вызвавшего резкое сокращение социальных расходов. Несмотря на быстрый экономический рост в первом десятилетии 21-го века, расходы не достигли своего уровня до начала переходного периода: в 2009 году общая доля государственных расходов на здравоохранение, образование и социальную защиту составляла всего 3,3% от ВВП, что далеко от 20,4% от ВВП, в среднем, зарегистрированного в 1992-1994 гг. (24) В 2012 году Правительство выделило из общего государственного бюджета 4,064 млрд. сомони

(25) секторам здравоохранения, образования и социальной защиты). Из этой суммы на здравоохранение было выделено 654 млн. сомони, что составляет 7,5% от общего объема государственных расходов. Таким образом, в целом, Правительство потратило в среднем 82,10 сомони на душу населения на здравоохранение в 2012 году. Средняя номинальная зарплата медицинских работников в 2012 году составила 447,53 сомони в месяц (26), в то время как средний уровень зарплаты в Республике Таджикистан в 2012 году составлял 555,29 сомони в месяц (27). Тем не менее, заработная плата варьирует среди регионов от самого низкого показателя в 350,46 сомони, отмеченного в Хатлонской области, до самого высокого - 1048,22 сомони (28) - в Душанбе.

Для сферы образования в 2012 году Правительство Республики Таджикистан выделило 1,473 млрд. сомони, что составляет 10,3% от ВВП и 17% от общего объема государственных расходов. Средняя номинальная заработная плата для работников сферы образования составила 425,82 сомони в месяц (27) в 2012 году. На социальный сектор (включая социальное страхование и пенсии) в 2012 году было выделено 1,771 млрд. сомони, что составляет 8,3% от ВВП и 21,3% от общего объема государственных расходов. Среднемесячная заработная плата для работников социальной сферы в 2012 году оставалась на уровне 440,83 сомони.

В последние годы, несмотря на качественное улучшение финансового положения страны и увеличение расходов на социальную сферу в абсолютном выражении, высокий прирост населения не позволил достигнуть какого-либо существенного прогресса в социальном секторе. Лица с ограниченными возможностями, пожилые люди, семьи, возглавляемые женщинами, безработные, сироты и многодетные семьи считаются наиболее уязвимыми группами.

Социальная помощь для людей с ограниченными возможностями

Программы социальной помощи способствуют вовлечению и включению в жизнь общества, а также внесению своего вклада в предотвращение и сокращение социальной маргинализации и изоляции. В системе социальной помощи в Республике Таджикистане преобладают:

- социальное страхование в форме пенсий;
- социальная помощь в виде субсидий (транспорт, электричество, телефон);
- социальная помощь; и
- небольшая программа семейных пособий для бедных семей с детьми младшего школьного возраста.

Закон о социальной защите лиц с ограниченными возможностями предоставляет лицам с ограниченными возможностями право на получение социальной помощи, в основном пенсий и социальных услуг, независимо от трудовой занятости лица. Закон предоставляет бесплатные социальные и личные услуги для людей с ограниченными возможностями, которые нуждаются в постоянном уходе и имеют право на получение помощи на дому. Кроме того, лица с ограниченными возможностями также получают льготы на газо-, водо-, энергоснабжение, жилье, коммунальные услуги и услуги телефонной связи. Кроме того, подключение к линиям энергоснабжения, газоснабжения и питьевого водоснабжения предоставляется лицам с ограниченными возможностями бесплатно.

Основными пенсионными схемами являются трудовые пенсии за счет взносов (в том числе пенсии по старости, инвалидности и по случаю потери кормильца)¹) и социальные пенсии без предварительных взносов. Что касается трудовых пенсий за счет взносов, работник должен выплачивать взносы, в то время как работодатель часто делает соответствующие отчисления для увеличения размера пенсии. Напротив, в случае пенсии, выплачиваемой без предварительных взносов, работник (или пенсионер) не делает никаких взносов. Вместо этого работодатель отчисляет все взносы от имени работника.

Оценка уровня бедности в Республике Таджикистан в 2009 году, проведенная Всемирным банком (29), показывает, что количество охваченных какими-либо социальными программами домохозяйств, включая домашние хозяйства с лицами с ограниченными возможностями, имеет тенденцию к сокращению (Таблица 3). Согласно оценке, пенсии по старости составили наибольшую долю (89%) получений социальных выплат, в то время как пособия по нетрудоспособности составили 10% от всех выплат в 2007 г. Эти цифры ясно демонстрируют, что нынешние механизмы распределения пенсий и схема социальной защиты недостаточны для охвата всех потребностей населения и лиц с ограниченными возможностями.

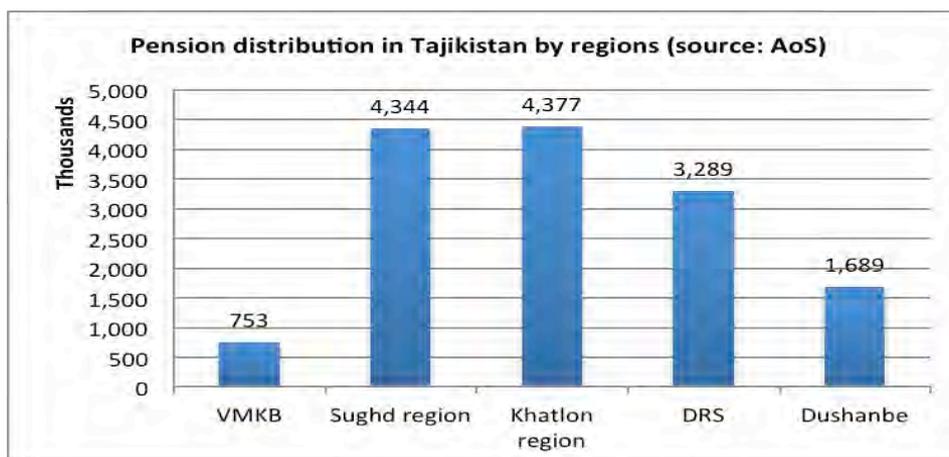
Таблица 3. Процентное отношение домашних хозяйств, получающих пенсии и пособия

	2003	2007
Домашние хозяйства, охваченные какой-либо социальной программой	38.7	34.4
Домашние хозяйства, получающие пенсии о старости	27.2	33.3
Домашние хозяйства, получающие пенсии по инвалидности	8.8	5.2

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан указало, что общая сумма пенсий и пособий, выплаченных в 2013 году составила 14. 451. 737 млн. сомони (30) при среднем месячном размере пенсий 181,82 сомони(27). Рис. 5 демонстрирует распределение пенсионных выплат в 2013 году с разбивкой по регионам. Таблица 4 показывает количество пенсий по инвалидности в различных категориях.

¹ Пособие по случаю потери кормильца выплачивается семьям и детям в возрасте до 18 лет, потерявшим кормильца, семьям ветеранов Второй мировой войны (ВОВ), ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС и др.

Рис. 5. Распределение пенсионных выплат по регионам



Источник: (27).

Согласно данным Агентства по социальному страхованию и пенсиям, по состоянию на январь 2013 г. 171 447 человек (в том числе 26 345 детей) получили социальную помощь по инвалидности, в том числе дети с врожденными нарушениями, лица с приобретенной инвалидностью, лица, пострадавшие на рабочем месте, ветераны Великой Отечественной войны (ВОВ) и ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС. Согласно данным, предоставленным Агентством по социальному страхованию и пенсиям, в 2013 г. были выплачены следующие суммы денег. (Таблица 4).

Таблица 4. Сумма пенсионных выплат лицам с ограниченными возможностями, Республика Таджикистан, 2013 г.

Общее число получателей пенсий по категориям	Средняя пенсия в сомони		Средний размер пенсии (ТС)	Общие выплачиваемые пенсии	Общее число пенсионеров
	Статистическое агентство	АСЗС			
Инвалиды детства	н/п	129.68			
Пенсия по инвалидности	251.78	310.03 ^c			
По потере кормильца	197.68	142.67	181.82	14 429 728	171 447
Социальная пенсия	99.37	88.57			
Пенсия по старости	176.54	227.04			

^a АССП: Агентство по социальному страхованию и пенсиям.

^b в том числе дети с врожденными нарушениями.

^c точная сумма пенсии зависит от категории инвалидности пенсионера и варьирует от 63.00 - 478.49 сомони в месяц.

Как следует из Таблицы 4, существуют расхождения между данными, предоставленными Агентством по социальному страхованию и пенсиям, и

Агентством по статистике касательно средней суммы пенсии, выплачиваемой лицам с ограниченными возможностями в 2013 году. Несмотря на то, что Правительство Республики Таджикистан прилагает усилия по регулярному повышению пенсий (следовательно, пенсии были увеличены с 20,00 сомони в 2007 году до 80,00 сомони в 2010 году, 104,00 сомони в сентябре 2012 года), их размеры все еще недостаточны для покрытия основных потребностей населения, в частности людей с ограниченными возможностями, имеющих большие потребности. Республика Таджикистан не имеет официальной «корзины» потребительских товаров и услуг¹ или индекса потребительских цен, что затрудняет расчет суммы денежных средств, необходимых на человека в месяц. Черта бедности была установлена на уровне 195 сомони на человека в месяц в 2009 году (31). Сегодня эта цифра была бы выше с учетом инфляции и роста цен на продукты питания и другие товары. Согласно данным, предоставленным Агентством по статистике, среднемесячные расходы на душу населения в месяц в 2012 году составили 251,59 сомони, что значительно превышает размеры большинства средних пенсий, выплачиваемых любой категории пенсионеров. Более того, эти цифры никоим образом не отражают дополнительные потребности и расходы человека с ограниченными возможностями, связанные с его/ее инвалидностью - например, расходы в связи с получением медицинской помощи или вспомогательными устройствами, или необходимостью персональной поддержки и помощи - и для них, следовательно, часто требуется больше ресурсов.

Положение инвалидов –ветеранов Великой Отечественной войны и ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС лучше, средние размеры их пенсии достигают 768,47 сомони и 602,28 сомони в месяц соответственно, что выше средней заработной платы (555,29 сомони).

«Мой сосед инвалид, также как и двое его детей. У детей проблемы со способностью передвижения, а у отца умственное расстройство. Оба ходят в школу, но часто страдают от болезней. Поскольку семья не имеет средств на покупку еды и лекарств, дети вынуждены пропускать занятия. Семья получает мизерную пенсию в размере 130 сомони. Семья состоит из пяти человек; трое из них остро нуждаются в лекарствах и лечении. У них очень сложные условия и ситуация. Таким семьям надо уделять больше внимания».

Мамадчон, Душанбе

Государственное агентство по социальной защите населения (ранее Государственное агентство по социальной защите, занятости и миграции) было образовано Постановлением Правительства Республики Таджикистан в 2014 году (Постановление № 168 от 4 марта 2014 г.). Агентство стремится к консолидации усилий, координации деятельности и реализации общей политики в области социальной защиты. В январе 2014 года функции социальной защиты были переданы от Министерства труда, миграции и занятости Государственному агентству социальной защиты населения (Приложение 4, существующая структура). Агентство является исполнительным органом, обеспечивающим предоставление государственных гарантированных услуг в области социальной защиты.

Агентство отвечает за широкий спектр действий, в том числе за:

¹ Перечень продуктов питания и других продуктов, подлежащих включению в потребительскую корзину до сих пор не одобрен Правительством.

- осуществление мероприятий по реализации государственной политики в области социальной защиты, в том числе мер для пенсионеров, инвалидов и других социально уязвимых слоев населения;
- реализацию мероприятий по социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями, в том числе детей, и для детей-сирот и детей из малообеспеченных семей;
- координацию деятельности между всеми партнерами, в том числе общинами и ведомствами, оказывающими социальную помощь на дому;
- осуществление комплексных реабилитационных услуг, в том числе предоставление протезно-ортопедических изделий, а также обеспечение социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями;
- предоставление социальной и медицинской помощи, а также проведение культурно-массовых мероприятий;
- оказание адресной помощи уязвимым семьям и лицам, в том числе людям с ограниченными возможностями;
- мониторинг мероприятий, связанных с социальной защитой;

Агентство имеет 35 сотрудников и осуществляет надзор за деятельностью интернатных учреждений для взрослых с ограниченными возможностями, санаториев для ветеранов войны и труда, территориальных центров для взрослых с ограниченными возможностями, ведомств, обеспечивающих социальную помощь на дому, и дневные реабилитационные центры. Бюджет Агентства формируется из республиканского бюджета.

В Республике Таджикистан государство и его структуры являются основными поставщиками услуг по реабилитации для лиц с ограниченными возможностями, в том числе детей, ветеранов, пенсионеров и других лиц, которые нуждаются в услугах и поддержке. Услуги предоставляются в восьми учреждениях по уходу интернатного типа; посредством привлечения помощи местных неправительственных организаций к оказанию услуг для детей и взрослых с ограниченными возможностями через механизмы социальных договоренностей; а также в рамках проектов реабилитации на базе общин. Реабилитационные услуги предоставляются через психолого-медико-педагогические консультационные службы, Республиканский реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями, Республиканскую больницу физической терапии. Кроме того, во время проведения данного обзора услуги для лиц с ограниченными возможностями оказывали Национальный ортопедический центр, Национальный научно-исследовательский институт реабилитации людей с ограниченными возможностями и Республиканский клинический центр психического здоровья детей и подростков. Подробная информация о текущем процессе доступа реабилитационных услуг для детей и взрослых с ограниченными возможностями представлена в Приложении № 5 и Приложении № 6.

Согласно данным Государственного агентства по социальной защите, занятости и миграции, общее число людей, живущих в этих учреждениях интернатного типа в 2013 году составило 1667 человек (из которых 672 -дети и 689 женщин), и 1802 лица с ограниченными возможностями получали услуги дневного ухода. При наличии некоторой информации о количестве детей и взрослых с ограниченными возможностями, живущих и получающих услуги в учреждениях по уходу интернатного и дневного типа, нет никакой информации о других лицах с ограниченными возможностями, проживающих в домохозяйствах, а их потребности не оценены и не удовлетворены. Необходимо увеличить охват реабилитационными и другими услугами повсеместно. Возможности политики должны быть направлены на удовлетворение спроса на реабилитационные услуги для всех.

В 2013 году два из этих интернатных учреждений - Национальный реабилитационный центр «Чорбог» для детей и подростков и интернат для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями в г. Турсунзаде – были выбраны в качестве пилотных учреждений для реструктуризации. Ее цель состояла в апробировании новых категорий социальных услуг в учреждениях и введение физиотерапии и трудотерапии. Планы реструктуризации были составлены с учетом оценки потребностей получателей услуг, проведенной в начале 2012 года консорциумом во главе с «Oxford Policy Management».

Оценка подтвердила, что дети и пожилые люди в учреждениях, как правило, нуждаются в разнообразных терапевтических услугах, а не специализированной медицинской помощи. Большинство детей могут быть возвращены в свои семьи и общество просто путем оказания им реабилитационных услуг, например, трудотерапии и физиотерапии, логопедии и вспомогательных устройств. Анализ также подчеркнул важность перевода услуг на амбулаторный уровень и на уровень общины с целью интеграции в общество. Растет понимание, что, независимо от количества потраченных на учреждения средств, для интернатного ухода характерна крайняя сложность обеспечения надлежащего качества жизни получателей услуг, реализации прав человека и достижения цели социальной интеграции. В целом, существующие исследования подтверждают, что при оказании высококачественных общественных услуг большинство ранее институционализированных пользователей явно предпочитают жизнь в обществе и демонстрируют более высокий уровень личного удовлетворения и социальной интеграции с меньшим количеством проблем, связанных с отсутствием безопасности или одиночеством. Эти профессиональные услуги следует распространить и поддерживать в национальном масштабе с целью преодоления сохраняющейся чрезмерной зависимости от интернатной помощи для детей с ограниченными возможностями (32).

Реабилитация

Распространенность инвалидности

Республика Таджикистан является молодым государством. Согласно официальной статистике, примерно половину (48,7%) населения составляют дети и подростки (возраст 0-14 лет - 36,4%, возраст 15-19 лет - 12,3%). В общей сложности 41% населения по-прежнему живет за чертой бедности, 17% ниже черты крайней бедности. Ожидаемая продолжительность жизни в Таджикистане является вторым самым низким показателем в Европейском регионе ВОЗ, где неинфекционные заболевания являются основной причиной смертности.

Число людей с ограниченными возможностями растет. Причиной этого является увеличение хронических заболеваний, связанных с инвалидностью, в том числе диабета, сердечнососудистых и психических заболеваний. Картина инвалидности также зависит от тенденций средовых и других факторов, таких как дорожно-транспортный травматизм, стихийные бедствия, конфликты, питание и наркомания. Инвалидность несоразмерно влияет на уязвимые группы населения и более распространена среди женщин, пожилых людей и семей с низкими доходами.

По оценкам, глобальный уровень распространенности инвалидности составляет 15% населения, а рост распространенности неинфекционных заболеваний оказывает сильное влияние на тенденции инвалидности. Например, согласно оценкам, в странах с низким и средним уровнем дохода на эти заболевания приходится около двух третей всех лет, прожитых с инвалидностью. Инвалидность,

связанная с неинфекционными заболеваниями (например, ампутация, слепота или паралич), предъявляет существенные требования к системам социального обеспечения и медицинской помощи, снижает производительность труда и разоряет семьи (33). В докладе «Мировая статистика здравоохранения» за 2012 г. отмечено, что 57% всех смертей в Республике Таджикистан были связаны с сердечнососудистыми заболеваниями; 14% умерли вследствие онкологических заболеваний, и 3% в связи с хроническими респираторными заболеваниями и травмами (34).

В рамках Общенациональной платформы ВОЗ по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний (CINDI) и Исследования ВОЗ от 2010 года, 22% взрослого населения было диагностировано с гипертонией и 15% взрослого населения с избыточным уровнем общего холестерина (35). Смертность в связи с сердечнососудистыми заболеваниями в стране составляет 206 на 100 000 населения. Диабет и йодо-дефицитные нарушения являются основными метаболическими и эндокринными заболеваниями в Республике Таджикистан. Согласно данным Республиканской эндокринологической больницы, ежегодно больницей регистрируется 5000 человек с сахарным диабетом, 50% из которых нуждаются в реабилитационных мерах (терапии, вспомогательных устройствах и т.д.). По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации, каждый год регистрируется 3000 новых случаев онкологических заболеваний, а заболеваемость раком в 2010 году составляла 37,5 на 100 000 населения. Респираторные заболевания также являются серьезной проблемой, будучи наиболее частой причиной первичной заболеваемости. В течение последних 10 лет число зарегистрированных случаев респираторных заболеваний при первичной оценке увеличилось в коэффициенте почти в два раза (от 5200 до 11 672 на 100 000 населения).

Травмы традиционно занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости, смертности и инвалидности в Республике Таджикистан (35). Травматизм занимает четвертое место в общей структуре заболеваемости и смертности, второе место в отношении временной нетрудоспособности и третье место в отношении статуса постоянной инвалидности. Особую озабоченность сегодня вызывает рост численности и качественное изменение структуры травматизма. В настоящее время отмечено увеличение доли множественных и сочетанных повреждений, открытых переломов и сложных травм, а также увеличение доли травм, полученных дома (31,8% в 2011 году) и на улице (29,6% в 2011), транспортные травмы (22,9% в 2011 году), а также огнестрельные ранения (2,6% в 2011 году). Рост травматизма также отмечен среди детского населения. В целом, в последние годы травмы составили 5,6% заболеваемости. В 65% случаев травм у 43,8% пострадавших регистрируется временная или постоянная инвалидность.

Как уже упоминалось выше, данные о воздействии неинфекционных заболеваний на условия инвалидности отсутствуют, но значительное число людей, пострадавших от неинфекционных заболеваний может привести к более высокому качеству жизни при осуществлении надлежащих мер реабилитации. Реабилитация может устранить факторы риска (например, ожирение и физическая инертность), а также потерю функции, возникающей в связи с неинфекционными заболеваниями (например, ампутация и слепота из-за диабета или инсульта). Доступ к реабилитационным услугам может снизить воздействие и последствия болезни, ускорить процесс выписки из больницы, замедлить или остановить ухудшение здоровья и улучшить качество жизни.

Согласно Докладу ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа на 2012 г. (36), Республика Таджикистан является одной из стран, где распространенность ВИЧ увеличилась более, чем на 25% за последние 10 лет, хотя эпидемия все еще находится в концентрированной стадии (менее 1% среди общего населения). Согласно официальной статистике, к концу 2013 года в общей сложности было зарегистрировано 5550 случаев ВИЧ-инфекции (37), из которых 32% составляли женщины и 69% мужчины. Отношения между ВИЧ, СПИД и инвалидностью является сложными. С одной стороны, «ВИЧ-инфекция и ее лечение может вызвать физическую, психологическую или социальную инвалидность, которые препятствуют людям, живущим с ВИЧ, в обеспечении полного и равного участия в жизни общества» (38). С другой стороны, существуют свидетельства, что лица с ограниченными возможностями «возможно, находятся в большей опасности инфицирования ВИЧ, нежели их сверстники без инвалидности» (38). В последнее десятилетие мы стали свидетелями растущего понимания необходимости признать уязвимость лиц с ограниченными возможностями в отношении ВИЧ и искать пути повышения их включения в меры профилактики и противодействия ВИЧ-инфекции.

Жители Республики Таджикистан исторически сталкивались со многими стихийными бедствиями и неблагоприятными событиями, которые оказывали значительное влияние на здоровье и безопасность. Страна уязвима для многих опасностей, в том числе наводнений, оползней или селей, засух, землетрясений, лавин, насекомых вредителей и ураганов. В соответствии с глобальной картой сейсмической опасности (39), вся страна находится в зоне высокого и очень высокого риска землетрясений. Кроме того, она сталкивается с суровыми зимними условиями, а сложный кризис также оказал значительное влияние на здравоохранение (40). Люди с ограниченными возможностями являются более уязвимыми для чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий, а также подвержены риску приобретения новой инвалидности. Люди с нарушениями зрения, слуха и умственными нарушениями, а также тяжелыми психическими заболеваниями, и те, кто исключены из социума или пребывают в специализированных учреждениях, могут быть не готовы к событиям, которые приводят к чрезвычайным ситуациям, и могут не знать или не понимать, что происходит. Они также могут сталкиваться с большими трудностями при удовлетворении своих основных потребностей, в том числе продуктов питания, воды, крова, уборных и медицинских услуг. Помимо этого, чрезвычайные ситуации приводят к инвалидности в связи с травмами, низким уровнем основной хирургической и медицинской помощи, психиатрическими нарушениями и психологическими проблемами, которые вызваны чрезвычайными ситуациями, заброшенностью и упадком в поддерживающих структурах и профилактической медицинской помощи. Нелеченные или недостаточно пролеченные травмы могут привести к неоправданной смерти или тяжелым и длительным нарушениям (41).

Официальные данные о распространенности инвалидности доступны через Министерство здравоохранения и социальной защиты, хотя только в отношении лиц, которые зарегистрировались и получили свидетельство об инвалидности. Точность этих официальных данных о распространенности зависит от множества факторов, в том числе сильной культурной предвзятости в отношении инвалидности.

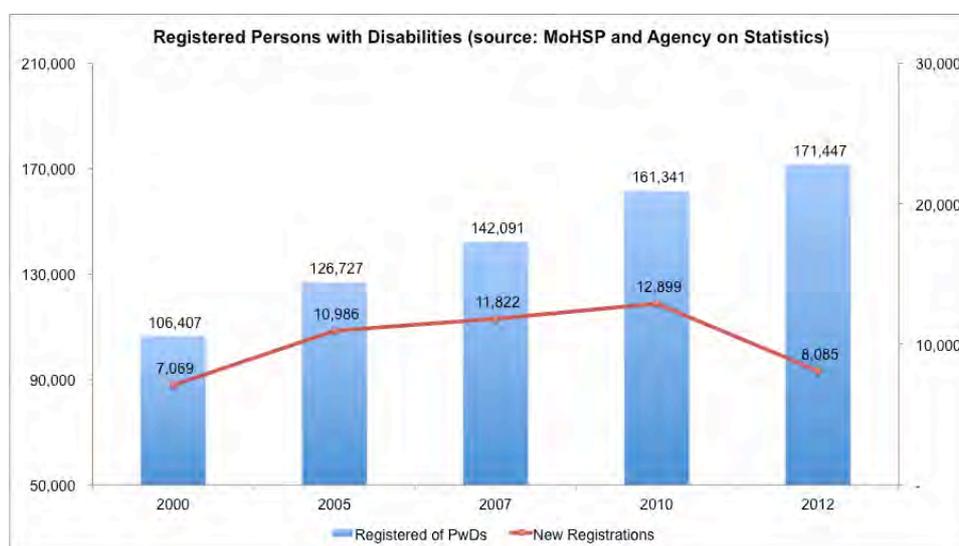
В сельских районах сохраняются обычная практика сокрытия детей с ограниченными возможностями и их воспитание на дому во избежание связанного с этим общественного позора. Большая часть населения по-прежнему не знает о проблемах инвалидности. Женщин часто обвиняют в рождении ребенка с ограниченными возможностями, что может выступать основанием для развода, хотя существует закон, запрещающий эту практику. Это снижает вероятность попытки матери организовать поездку и обратиться в соответствующие учреждения.

Процедура регистрации лица с ограниченными возможностями до сих пор не очень хорошо понятна, и как показывает практика, большая часть населения не знает о ее существовании. Население в более отдаленных районах не имеет легкого доступа к учреждениям, предоставляющим услуги по регистрации (Агентство медико-социальной экспертизы). Богатые слои населения, зачастую минуя процесс регистрации, обращаются за услугами по инвалидности за рубежом.

Определение инвалидности по-прежнему существенно зависит от контекста, и система классификации в Республике Таджикистан не признает условий, которые будут определены в качестве исключения при МКФ.

Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть населения с ограниченными возможностями остается неучтенной официальной статистикой. Цифры, представленные в настоящем документе, отражают лишь ситуацию с зарегистрированным населением. Рис. 6 представляет информацию о количестве зарегистрированных лиц с ограниченными возможностями и числе новых зарегистрированных случаев в период 2000 – 2012 гг.

Рис. 6. Количество лиц с ограниченными возможностями и новые зарегистрированные случаи, Республика Таджикистан, 2000-2012 гг.



Источник: Министерство здравоохранения и социальной защиты и агентство по статистике

Число лиц с ограниченными возможностями неуклонно растет на протяжении последних нескольких лет. Согласно оценкам правительственных учреждений, основная причина роста не кроется в высокой распространенности инвалидности в Республике Таджикистан. Хотя, как уже говорилось выше, нынешняя система регистрации по-прежнему неизвестна, существует ограниченная осведомленность о связи между неинфекционными заболеваниями, травмами и другими инвалидизирующими условиями, с одной стороны, и инвалидности, с другой, при растущем понимании результатов различных программ, реализуемых в стране. На уровне правительства, новые программы по охвату медицинских учреждений, в том числе психологических, медицинских и педагогических консультационных услуг и поликлиник, влияют на количество новых зарегистрированных случаев в сельских районах. В гражданском обществе, особенно среди организаций лиц с ограниченными возможностями, поддержка и распространение знаний о процессе регистрации является основным видом деятельности. Последние достижения в обеспечении реабилитационных услуг, таких как службы психологической, медицинской и педагогической консультации, также способствуют регистрации

новых случаев. Рост официальных данных о лицах с ограниченными возможностями свидетельствует, прежде всего, о том, что теперь через систему проходит более высокий процент населения с инвалидностью.

Снижение регистрации новых случаев в 2012 году (с 12 899 в 2010 году до 8085 в 2012 году – Рис. 6) связано с изменением системы классификации: с этого года, дети в возрасте до двух лет больше не могут быть зарегистрированы. Это решение было принято в связи с созданием услуг раннего вмешательства, которые должны, по идее, обеспечить комплексное лечение ряда состояний до достижения ребенком двухлетнего возраста. Это, очевидно, не всегда так в зависимости от состояния, и возникла парадоксальная ситуация, когда родители не могут получить свободный доступ к услугам, потому что их дети не зарегистрированы, но эти услуги являются необходимыми, по мнению государства, во избежание регистрации на более позднем сроке. Официальная позиция Правительства Республики Таджикистан сохраняется в том, что число детей с ограниченными возможностями снизилось за последних нескольких лет, что отражено в официальной статистике, в то время как гражданское общество утверждает, что фактическое число резко возросло.

Как это часто бывает в странах с низким уровнем дохода, мужчины чаще, нежели женщины, заняты работой, особенно с повышенным уровнем риска ручного труда, которая может стать причиной инвалидности. Хотя это является общим объяснением расхождения в распространенности инвалидности между мужчинами и женщинами, существуют свидетельства гражданского общества, также указывающего на культурные предубеждения в пользу мальчиков среди сельского населения и более традиционных групп в обществе. Такие семьи чаще обращаются за реабилитационными услугами для своих сыновей, нежели для своих дочерей. Можно ожидать продолжения этой тенденции, если на национальном уровне не будут предприняты существенные усилия, так как страна отходит от своего советского равноправного прошлого к восстановлению своих культурных корней.

В докладе «UNWomen» о реализации прав людей с ограниченными возможностями в Согдийской области Республики Таджикистан (42), «UNWomen» отмечает следующее гендерное неравенство среди людей с ограниченными возможностями.

- Хорошо известно, что женщины с ограниченными возможностями подвергаются двойной и даже тройной дискриминации, и очень часто неимущие. [...] Более того, женщины с ограниченными возможностями, как правило, обладают более низким уровнем грамотности, нежели мужчины, и, следовательно, среди них выше процент безработных по сравнению с мужчинами с ограниченными возможностями.
- Национальное законодательство и политика в области гендерного равенства и социальной защите лиц с ограниченными возможностями не имеют гендерного измерения. Какой-либо анализ о требованиях мужчин и женщин с ограниченными возможностями не был проведен.
- Законодательство и гарантии для женщин отражают стереотипы роли женщин в семье и не направлены в соответствии с требованиями CEDAW [Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин], с целью обеспечения равенства, как для мужчин, так и женщин в вопросах ухода за семьями и дети с ограниченными возможностями.

Картирование поставщиков услуг по реабилитации

Предварительная подготовка к проведению ситуационного анализа включала составление полной карты поставщиков реабилитационных услуг в Республике

Таджикистан в секторах здравоохранения, социальной защиты и образования (Приложение 7). Медицинские и реабилитационные услуги, предназначенные для лиц с ограниченными возможностями, находились под сильным влиянием концепций советской «дефектологии», которая постулирует ограничения на развитие детей с ограниченными возможностями, и, следовательно, их потребность в специальной образовательной и развивающей окружающей среде. Дефектология подчеркнула «специальное образование» в качестве лучшего восстановительного лечения для детей с ограниченными возможностями. В то время, как эти стратегии имели некоторые положительные намерения и результаты, реализация этих стратегий пронизана глубокой стигмой в отношении лиц с ограниченными возможностями - в результате многие дети с ограниченными возможностями должны провести всю свою жизнь в закрытых учреждениях. Это было не редкостью, когда младенцев и детей со средними или тяжелыми формами инвалидности помещали в школы-интернаты лишь для того, чтобы они закончив их, перешли в учреждения для взрослых на всю свою оставшуюся жизнь. Дисциплина ограничивает и в некоторых случаях исключает использование методов реабилитации, таких как физическая медицина и реабилитация, физиотерапия, трудотерапия, логопедия или вспомогательные устройства.

Дефектология - буквально «изучение дефектов» - это наука, присущая бывшим советским странам. Дефектология была создана в Советском Союзе в 1920-х годах. Дисциплина придерживалась взгляда, что утрата или слабость биологических функций может быть лучше всего компенсирована за счет развития высших психических функций. Теория утверждает, что интеллектуальные способности обладают бесконечным потенциалом и, при помощи надлежащих воспитательных методов, личного контакта и стимуляции, они могут скорректировать или компенсировать нарушения в меньших функциях организма. Важно отметить, что специальное образование призвано было компенсировать не только «первичные» дефекты (т.е. органические нарушения в организме), а также предотвратить, скорректировать и лечить «вторичные» эффекты (например, инвалидизирующее воздействие социальных факторов на высших функции) при помощи психологических и педагогических средств. Однако, в отличие от модели, основанной на правах, дефектология нацелена на изменение непосредственно лиц с ограниченными возможностями, а не их социальной и физической среды. Дефектология использовалась советским государством и специальное образование подчеркивалось как основной коррективный инструмент для детей с ограниченными возможностями. На практике специальное образование осуществлялось в школах и учреждениях интернатного типа, когда дети с ограниченными возможностями изолировались и были практически отрезаны от общества, общины и даже семьи. Многие дети с ограниченными возможностями просто считались «необучаемыми» и фактически исключались из общества. Таким образом, практика дефектологии эффективно способствовала высоким темпам институционализации в регионе (43).

В результате, помещение детей и взрослых с ограниченными возможностями в национальные и региональные центры остается распространенным среди тех, кто обращается к государственным услугам, в то время как их частичное включение в общие группы, по-прежнему, осуществляется, в основном, гражданским обществом. Тем не менее, в последние несколько лет ситуация развивается к лучшему. В связи с ростом издержек в существующей институциональной системе, ощутимой необходимостью разрабатывать долгосрочные решения и давлением со стороны

родителей и гражданского общества в целом, учреждения, предназначенные для детей с ограниченными возможностями, все больше переходят к модели инклюзивной реабилитации, где люди с различными видами инвалидности могут получить доступ к ряду услуг. Для взрослых, особенно для страдающих нарушениями умственного развития, институционализация остается единственным решением, которое может предложить государство. Следует отметить, что, несмотря на большое число поставщиков услуг в Республике Таджикистан, и не говоря о качестве указанных услуг, существуют все доказательства, что большинство людей с ограниченными возможностями не имеют доступа к услугам, или имеют лишь ограниченный доступ.

Согласно Указу Президента на областном уровне в 2006 году было создано девять служб психологической, медицинской и педагогической консультации в рамках существующих поликлиник для обеспечения оценки, краткосрочных услуг по реабилитации и оказания психологической поддержки детям с ограниченными возможностями и их семьям. Персонал включает врачей, социальных работников, а также терапевтов, обученных без отрыва от основной деятельности. Международные организации оказывали активную поддержку службам психологической, медицинской и педагогической консультации в форме оборудования и подготовки их персонала. В связи с тем, что поликлиники являются хорошо известными учреждениями в стране, место размещения службы психологической, медицинской и педагогической консультации особенно хорошо для обслуживания большей части детского населения с ограниченными возможностями. Тем не менее, не все центры являются функциональными в полной мере, и наличие оборудования и подготовленных специалистов в области реабилитации остается проблемой. Доступ к услугам также представляет проблему для сельского населения, хотя несколько центров провели ограниченные выездные эпизодические программы при международной поддержке или финансировании из местного управления здравоохранения. Еще два центра психологической, медицинской и педагогической консультации еще не полностью оборудованы, хотя этот вопрос должен был решиться в 2014 году.

Кроме того, на областном уровне восемь центров по уходу интернатного типа предоставляют институционализированные (стационарные) услуги для детей и взрослых с ограниченными возможностями. Эти интернатные учреждения были построены после Великой Отечественной войны для оказания услуг пожилым ветеранам войны, а в настоящее время обеспечивают круглосуточное обслуживание и проживание. Они считаются последним решением для детей с ограниченными возможностями, которые нуждаются в интенсивных реабилитационных услугах. Однако с точки зрения реабилитации они могут предоставить не много и лишь в ограниченной степени обеспечены квалифицированными специалистами в сфере реабилитации или оборудования.

Национальные и республиканские центры предоставляют самый высокий уровень имеющихся специализированных медицинских услуг, зачастую являясь единственным поставщиком услуг по упомянутой специальности. Большинство из них расположены либо в Душанбе или в прилегающих районах республиканского подчинения, а расстояние и транспортные расходы являются препятствием для доступа для любого, живущего за пределами этих районов. Следующие центры являются одними из наиболее крупных и хорошо финансируемых объектов, связанных с услугами реабилитации.

- Республиканский центр реабилитации детей, Вахдатский район (также называемый Центром реабилитации для детей с ограниченными возможностями, Мачитон): центр предоставляет 15-дневные курсы

реабилитационных услуг с проживанием для детей с ограниченными возможностями (особенно с физическими нарушениями). Как отделение одной из главных больниц в стране, центр получил широкую международную поддержку, в том числе в форме обучения, оборудования и ремонта здания от различных организаций. Тем не менее, учреждение не имеет специалистов по реабилитации с официальной квалификацией.

- Национальный реабилитационный центр для детей и подростков «Чорбог», Варзобский район: Центр "Чорбог" уже давно представлен государством как наиболее успешное учреждение в Республике Таджикистан и получил значительные средства для обеспечения максимально возможного комфорта для детей, проживающих здесь, хотя качество и наличие услуг реабилитации по-прежнему остаются крайне ограниченными. Первоначально предполагалось предоставление услуг детям с различными формами инвалидности, но подавляющее большинство из 200 коек заняты детьми с церебральным параличом. Признавая ограничения институциональной модели (ребенок должен покинуть учреждение по достижении возраста 18 лет, и ни одно государственное интернатное учреждение для взрослых в стране не имеет средств для обеспечения такой же комфортной среды, что делает переход из «Чорбога» в любое взрослое учреждение потенциально травмирующим), в сочетании с ростом расходов на услуги, связанные с инвалидностью, «Чорбог» изменяет свой подход: в 2013 году была внедрена программа, направленная на возвращение детей в их семьи и общую систему образования. Центр начал практиковать краткосрочные курсы пребывания, лечения и обучения для пациентов и их родителей.
- Республиканская физиотерапевтическая больница, Худжанд, Согдийская Область (также называемая Национальной физиотерапевтической больницей, Худжанд): больница на 330 коек с отдельными детским и взрослым отделениями функционирует уже 84 года. Учреждение предоставляет 15-дневные курсы с проживанием для лиц с различными формами инвалидности. Персонал больницы включает врачей, медсестер и терапевтический персонал, обученный в советское время, и не имеет квалифицированных специалистов по реабилитации. Больница также получает вложения от международных учреждений, но они носят ограниченный характер. Учреждение получает финансовые ресурсы от центральных и местных органов власти.
- Национальный ортопедический центр/ГУП «Протезно-ортопедический завод» был учрежден в 1942 году, главное производственное здание построено в 1963 г. В 1999 г. цех получил техническую поддержку (материалы, оборудование, формальное обучение на рабочем месте) от Международного комитета Красного Креста и Общества Красного Полумесяца Таджикистана (ОКПТ). В настоящее время Центр нуждается в реконструкции и новом оборудовании. Здание не ремонтировалось с 1963 года и в настоящее время находится под угрозой разрушения. Центр также имеет вспомогательные цеха в Худжанде (на севере), в Кулябе (в центре страны) и Хороге (на юго-востоке) для ремонта и технического обслуживания, но эти центры не имеют возможностей и находятся в плохом состоянии. Центр также предоставляет проживание и питание, оплачиваемое из государственных средств. В нем занято 88 работников - большинство имеют инвалидность - и включает врачей, физиотерапевтов, получивших обучение на рабочем месте, технических рабочих и сапожников. С января 2013 года Центр получает техническую поддержку Специального фонда Международного Комитета Красного Креста для людей с ограниченными возможностями, который проводил обучение на рабочем месте, оказал помощь в

получении официальной профессиональной подготовки во Вьетнаме для семи студентов в сфере протезирования и ортопедии, а также предоставил поддержку в ремонте филиала в Худжанде. Семь студентов (три студента многопрофильной категории II и четыре студента в категории II¹ одной дисциплины) вернутся в Таджикистан в начале 2015 года. Профессии протезиста и ортопеда до сих пор не внесены в Республиканский классификатор профессий (признанный перечень специальностей) в Республике Таджикистан. Устаревшие здания и оборудование, наличие соответствующих производственных материалов и устойчивая поддержка возвращающихся обученных сотрудников – все это представляет собой проблемы для Национального ортопедического центра.

- Национальный научно-исследовательский институт реабилитации людей с ограниченными возможностями/Научно-исследовательский институт экспертизы и реабилитации людей с ограниченными возможностями в Душанбе проводит исследования по проблемам инвалидности и предоставляет ограниченный набор услуг по реабилитации для детей и взрослых с ограниченными возможностями. Институт, основанный в 1993 году, предоставляет не только стационарные (на 60 коек), но и амбулаторные услуги. В прошлом он оказывал и хирургическую помощь, но в настоящее время хирургические услуги не доступны, и многое оборудование в Институте больше не функционирует. Его сотрудники, в основном, врачи и медсестры, доступ к квалифицированным специалистам по реабилитации ограничен. Институт разработал долгосрочный план действий на период 2012-2015 гг., охватывающий цели по улучшению своей инфраструктуры и доступа к высококачественным услугам, а также укреплению потенциала персонала. Однако ограниченные финансовые ресурсы являются барьером в полном достижении целей и задач плана. В прошлом году Институт получил поддержку Европейского союза, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Программы развития Организации Объединенных Наций, Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Японского агентства по международному сотрудничеству. Институт физически труднодоступен и имеет проблемы с удержанием и квалификации сотрудников всех уровней. Это оказывает влияние на качество, эффективность и результативность услуг.
- Республиканский клинический центр психического здоровья детей и подростков, Душанбе: это единственный национальный центр, занимающийся лечением и реабилитацией людей с нарушениями психического здоровья (в основном с шизофренией), эпилепсией и умственной отсталостью. Хотя данное учреждение предлагает стационарные услуги, пребывание в нем ограничено до 60 дней. Центр предлагает психологическое лечение, психотерапию и логопедию, а также может выдавать собственные свидетельства об инвалидности.

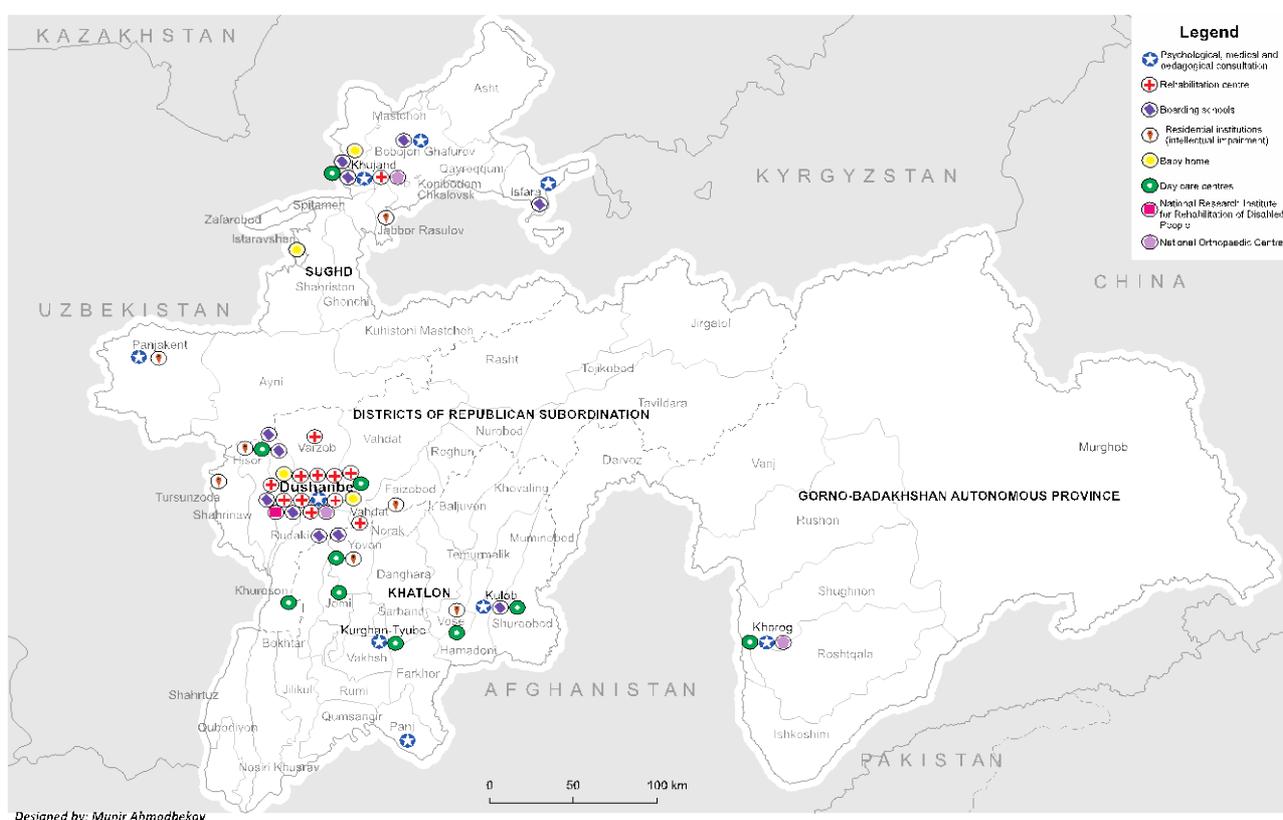
Помимо исключительно медицинских учреждений 11 интернатов/школ-интернатов (подробная информация представлена выше в Разделе «Образование»), подведомственных Министерству образования и науки, предлагают услуги для детей с сенсорными или умственными нарушениями или инвалидностью. Кроме специально обученного педагогического и преподавательского состава, эти учреждения имеют небольшой контингент медицинских специалистов и, как правило,

¹ Международное общество протезирования и ортопедии разработало детальное руководство об образовании и обучении в тесном сотрудничестве с ВОЗ о специалистах по протезированию/ортопедии (категория I), технолога - ортопеда (категория II) и мастера / техника ортопеда (категория III). See <http://www.ispoint.org/standards-guidelines> (доступ представлен 25 сентября 2014 г).

поддерживают тесные связи с соседними поликлиниками (Рис. 7 и Приложение № 7).

Доступность в государственных учреждениях весьма ограничена. Подавляющее большинство объектов являются физически недоступными - отсутствуют пандусы, помещения и кабинеты для консультаций недоступны для инвалидов-колясочников, а также отсутствуют указатели или тактильные дорожки и т.д. Во многих случаях даже кабинеты, специально отведенные для лиц с ограниченными возможностями, расположены на верхних этажах, куда можно добраться, только поднявшись по крутой лестнице. Широко распространено перемещение людей при помощи членов семьи и друзей. Отсутствие доступности распространяется на санитарно-бытовые помещения, которые зачастую тесны и не оборудованы перилами. Следует отметить, что во многих посещенных учреждениях медицинские работники сообщили, что они знают о несоответствии учреждений, но стеснены как недостаточным финансированием, так и нехваткой места в своих зданиях.

Рис. 7. Существующие поставщики услуг в Республике Таджикистан



Источник: на основе сведений Управления ООН по гуманитарным делам /ReliefWeb.

Недовольство существующей системой растет среди людей с ограниченными возможностями, особенно среди более образованных групп населения. Осведомленность об альтернативной, более инклюзивной модели реабилитации распространяется благодаря доступу к сети Интернет и наличию международных организаций в Республике Таджикистане. Столкнувшись с государственной системой, которая воспринимается как недостаточно удовлетворяющая потребности людей, гражданское общество все больше берет дело в свои руки. Организации людей с ограниченными возможностями и неправительственные организации разработали собственные услуги и в настоящее время представляют собой важную часть поставщиков услуг реабилитации в Республике Таджикистан. Эти организации делают свои услуги отличными от государственных тремя основными способами:

они предоставляют услуги в географических районах, где государство не имеет приспособленных медицинских учреждений; они предоставляют услуги тем, кто не имеет права на государственную поддержку в рамках действующих правил; и они в значительной степени сосредоточены на внедрении в общую систему, включении, поддержке родителей и вопросах помощи на местах. С географической точки зрения, неправительственные организации и организации людей с ограниченными возможностями являются единственными поставщиками адаптированных услуг во многих отдаленных районах. Полный спектр государственных услуг для людей с ограниченными возможностями доступен лишь в Душанбе, и небольшое число учреждений обеспечивает более узкий спектр услуг в Худжанде, Кулябе и других городских центрах. Неправительственные организации и организации лиц с ограниченными возможностями также являются единственными поставщиками услуг по реабилитации детей с аутизмом или синдромом Дауна, которые государство не признает как инвалидизирующие состояния, и, таким образом, не дает доступа к какой-либо социальной помощи или услугам реабилитации. Внедрение в систему образования и интеграция в медицинские услуги являются важной частью деятельности неправительственных организаций и организаций лиц с ограниченными возможностями, а пропаганда этих вопросов зачастую является одной из их основных форм деятельности. Для взрослых это означает включение в трудовую деятельность и доступ к равным возможностям наравне с людьми без ограниченных возможностей. Для ассоциаций родителей основной упор направлен на поддержку включения в общеобразовательные школы и содействие детям в будущей самостоятельности. Дальнейшая деятельность в сфере обучения родителей и общинной реабилитации направлена на предотвращение институционализации и обеспечение получения детьми с ограниченными возможностями соответствующих услуг на дому. Тем не менее, в ходе обзора представлялось сложным проведение количественной оценки влияния услуг, управляемых гражданским обществом, ввиду ограниченности или отсутствия данных для обоснования вышеупомянутой информации.

С точки зрения предоставления реабилитационных услуг, ассоциации родителей, как правило, имеют доступ к своему собственному персоналу, обученному на рабочем месте, тем более что деятельность, реализуемая этими ассоциациями, связана с центрами дневного ухода и программами на местах. В то время как формальный уровень образования персонала в целом низкий, в основном, не выше уровня медсестринского диплома, большинство ассоциаций также имели доступ к курсам краткосрочного обучения, проводимым различными организациями, учреждениями Организации Объединенных Наций, международными неправительственными организациями и рядом международных фондов и ассоциаций. В результате, уровень квалификации сотрудников организаций лиц с ограниченными возможностями и неправительственных организаций, как правило, весьма контрастен: в то время, как формальная квалификация может быть недостаточной, персонал не находится под влиянием теорий о развитии людей с ограниченными возможностями, которые в настоящее время распространены среди таджикского медицинского сообщества, и поэтому они гораздо более открыты для международных признанных методов реабилитации, которые до сих пор в значительной степени отвергаются государственными учреждениями. В результате, предоставляемые услуги реабилитации, как правило, ближе к международным стандартам, но вопросы контроля качества и мониторинга представляют проблемы в отсутствие квалифицированного профессионального персонала и с учетом неимения национальных стандартов по реабилитации.

Предоставление центров дневного ухода для детей с ограниченными возможностями является одним из основных услуг, оказываемых неправительственными организациями (в том числе ассоциациями родителей), и оказались популярными среди родителей и опекунов детей с ограниченными возможностями. Центр также предоставляет перерыв родителям и опекунам, позволяя им выполнять другую деятельность. Помимо предоставления базовой реабилитации и просветительского попечения о детях, центры дневного ухода также представляют собой место встречи родителей/опекунов для обмена опытом. Центры также предоставляют руководства для родителей, а также проводят сессии психологической поддержки. Правительство признает важность этих учреждений и способность неправительственных организаций эффективно управлять ими. Большинство центров дневного ухода расположены в учреждениях, принадлежащих местным органам власти, а финансирование получается через ежегодные тендеры центрального правительства.

Услуги, управляемые неправительственными организациями, проверяются два раза в год Министерством здравоохранения и социальной защиты населения, хотя успешный контроль качества будет зависеть от обучения – предпочтительно официального – сотрудников Министерства тем же методикам, которые используются в негосударственных учреждениях. Мониторинг центров дневного ухода в настоящее время ограничивается вопросами питания, финансирования и центральной инфраструктуры. Существует ограниченное планирование, мониторинг и оценка технических и качественных параметров. Для Правительства и организаций гражданского общества представляется важным совместное планирование и установление норм для центров дневного ухода в соответствующем планировании и плане мониторинга (определение цели и показателя).

Услуги, предоставляемые гражданским обществом, остаются связанными с существующей государственной сетью. Большинство учреждений, управляемых неправительственными организациями, поддерживают регулярный контакт с соседними поликлиниками и другими специализированными поставщиками услуг, а лица с ограниченными возможностями часто регулярно обращаются и к тем, и к другим. Успешное сотрудничество ведет к перенаправлению людей из государственных медицинских учреждений в наиболее подходящие местные центры дневного ухода в ведении неправительственной организации. В свою очередь, многие организации лиц с ограниченными возможностями и неправительственные организации поддерживают обратную связь с официальной системой через деятельность по «правовой поддержке», нацеленную на поддержку доступа к существующим государственным услугам и их бесплатное оказание согласно гарантиям, представленным законодательством Республики Таджикистан для людей с ограниченными возможностями. Службы психологической, медицинской и педагогической консультации, как отмечается, играют особенно важную роль в развитии прочных отношений с неправительственными организациями. В результате, они выступают в качестве центрального связующего звена между выявлением инвалидности при раннем вмешательстве и направлением в негосударственные учреждения.

Несмотря на вышеупомянутый прогресс, координация между партнерами, работающими в секторе инвалидности, определяется как проблематичная при существовании необходимости в укреплении этих механизмов. Существующая координация на национальном уровне между неправительственными организациями и государственными учреждениями, работающими в сфере инвалидности, представляется недостаточной. На районном уровне в некоторых районах были созданы механизмы координации для объединения всех партнеров. Некоторые

неправительственные организации работают с организациями лиц с ограниченными возможностями в развитии их потенциала и улучшения координации и сотрудничества между организациями, особенно на национальном уровне.

Тем не менее, несмотря на спорные успехи, гражданское общество также сталкивается с рядом препятствий и ограничений. Кроме того, финансирование, которое является многолетней проблемой для неправительственных организаций, особенно сложно найти в Республике Таджикистан с учетом постоянного сокращения числа активных международных организаций-доноров в течение последних нескольких лет. В результате, долгосрочная устойчивость даже самых успешных проектов может быть поставлена под сомнение в ближайшем будущем. Недостаток квалифицированных кадров в области реабилитации (обсуждение об этом представлено в Разделе ниже, посвященном вопросам кадрового потенциала), но и в области финансов и управления также является серьезным барьером в доступе к международному финансированию в связи с тем, что организациям сложно следовать стандартам учета и отчетности, определенных донорами. И хотя гражданское общество играет важную роль в заполнении пробелов в сфере услуг в отдаленных сельских районах, общий охват всеми организациями и по сей день остается весьма ограниченным. В результате, достижения гражданского общества остаются хрупкими. Это особенно верно в отношении внедрения современных методов реабилитации, устойчивость которых может быть достигнута лишь путем принятия основных государственных услуг.

Хотя услуги для людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан улучшились, подавляющая часть улучшений была направлена на детей в возрасте до 18 лет. Доступность услуг по достижении этого возраста резко сокращается. Эта проблема неоднократно поднималась государственным и негосударственным персоналом во время посещений учреждений краткосрочного пребывания и амбулаторной помощи. Нынешний переход по достижении совершеннолетия, когда услуг становится меньше, или они полностью прекращаются, а учреждения представляют гораздо менее благоприятные условия, несет потенциально серьезный ущерб, уменьшая пользу от улучшения здоровья, реабилитации и социальных услуг для детей с ограниченными возможностями. Кроме того, доступ полностью основывается на фактическом возрасте человека с ограниченными возможностями, а не его индивидуальных потребностях и способностях.

Спрос и предложение на реабилитационные услуги

Хотя с 2002 г. страна была сертифицирована как свободная от полиомиелита, в 2010 г. в Таджикистане случилась крупная вспышка полиомиелита. Было зарегистрировано 712 случаев, из которых 457 получили лабораторное подтверждение дикого полиовируса типа 1, и это было самой крупной вспышкой полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ за более чем десять лет и самой крупной вспышкой во всем мире в этом году. Международное вмешательство, описанное ниже, пролило новый свет на полиомиелит, в частности, на вопросы реабилитации для лиц с ограниченными возможностями в целом, значительно повысив общественную осведомленность об инвалидности и реабилитации.

Реабилитационные лагеря для детей с ограниченными возможностями в связи перенесенным полиомиелитом в Республике Таджикистан

В 2010 году в Таджикистане случилась самая крупная вспышка полиомиелита в мире с 2005 года. В общей сложности, 457 случаев, в основном дети, были подтверждены как жертвы полиомиелита. Многие люди, пострадавшие от полиомиелита, приобрели нарушения в течение последних трех лет и нуждаются в длительном восстановлении. В марте 2014 года, при технической поддержке Представительства ВОЗ в стране были организованы реабилитационные лагеря с целью оценки текущих потребностей, разработки соответствующего плана помощи для детей с полиомиелитом и предоставления указаний по усилению соответствующего поставщиков услуг. Эти лагеря были организованы в стратегических местах, охватывающих 30 районов, в значительной степени пострадавших от полиомиелита. Этими лагерями были охвачены 360 человек, представляющих большинство (80%) из известных проверенных случаев полиомиелита с начала 2010 года. На основе заключений лагеря, около 300 детям было рекомендовано получение физиотерапии и/или ортезов и других вспомогательных устройств. Кроме того, 77 детям было рекомендовано проведение различных хирургических операций. Основные потребности в реабилитации детей заключаются во вспомогательных устройствах и физиотерапии. Тем не менее, еще в течение нескольких лет необходимость хирургического вмешательства для этой возрастной группы будет увеличиваться в случае неприятия срочные меры по восстановлению сегодня.

Сегодня спрос на реабилитационные услуги явно опережает имеющееся предложение, хотя конкретные услуги, запрашиваемые населением, варьируют в зависимости от ряда факторов, в том числе уровня образования, места жительства, степени контакта с НПО и организациями людей с ограниченными возможностями, а также степени понимания влияния собственных реабилитационных услуг на будущей потенциал людей с инвалидностью.

Институционализация остается весьма популярным вариантом для родителей с детьми с ограниченными возможностями, так как многие по-прежнему рассматривают учреждения в качестве возможности наилучшего обеспечения надлежащего ухода и оптимального долгосрочного решения. Каждое из посещенных учреждений сообщило о полной загруженности, и несколько упомянули о наличии длинного списка ожидания очереди как предварительного условия для получения доступа. Несколько учреждений пытаются увеличить свой потенциал за счет строительства новых зданий, хотя привлечение необходимого дополнительного персонала является проблемой, а увеличение мощности в лучшем случае останется незначительным. Для семей, не имеющих доступа или незнакомых с альтернативными решениями институционализации, ситуация является тяжелой. Во время интервью с учреждениями, функционирующими на полную мощность, они сообщили, что до получения места дети и взрослые с ограниченными возможностями пребывают в домашних условиях, без какого-либо конкретного регулярного лечения, иногда под действием сильных успокоительных средств в случае умственной отсталости или психических заболеваний.

Потребность в услугах на дому остается низкой, но растет благодаря существенной пропаганде и деятельности НПО и организаций лиц с ограниченными возможностями. На уровне государства эти услуги остаются весьма ограниченными, но растут. В общей сложности, в настоящее время на областном и районном уровнях функционируют 38 отделов социальной помощи на дому, укомплектованных

социальными работниками, под контролем местных органов власти. Тем не менее, социальные работники имеют лишь профессиональное (среднее специальное) образование и не имеют каких-либо соответствующей признанной квалификации или образования, приобретенного в одном из университетов. Социальные работники в этих отделах оказывают основные услуги на дому для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями и проходили обучение на рабочем месте в нескольких сферах персонального ухода, которое проводилось международными организациями. По возможности, отделы функционируют в сотрудничестве с поликлиниками, службами психологической, медицинской и педагогической консультации и международными неправительственными организациями, расширяя таким образом географический охват этих учреждений и организаций, хотя уход охватывает только детей с ограниченными возможностями. Опыт показывает, что эти программы имеют потенциал для успеха, но фактические результаты в значительной степени зависят от внешней поддержки, наличия услуг (психологической, медицинской и педагогической консультации, поликлиники и т.д.), а также доброжелательности местных властей. Кроме того, ограниченные знания персонала в сфере реабилитации и отсутствие квалифицированных специалистов также является проблемой для этих отделов. Исследование, проведенное Министерством труда и социальной защиты населения, ЮНИСЕФ и неправительственной организацией «Фароштурук» в 2012 году (44), определило следующие вызовы: высокая текучесть кадров в связи с низкой заработной платой; работники, достигшие и уже перешедшие черту пенсионного возраста; тяжелая работа, отсутствие возмещения дорожных расходов и недостаток профессиональных навыков в предоставлении услуг. Стоимость транспортных расходов и длительное время перемещения в связи с горным ландшафтом Таджикистана также ограничивает потенциал этих социально-ориентированных программ помощи для охвата всей страны в ближайшем будущем.

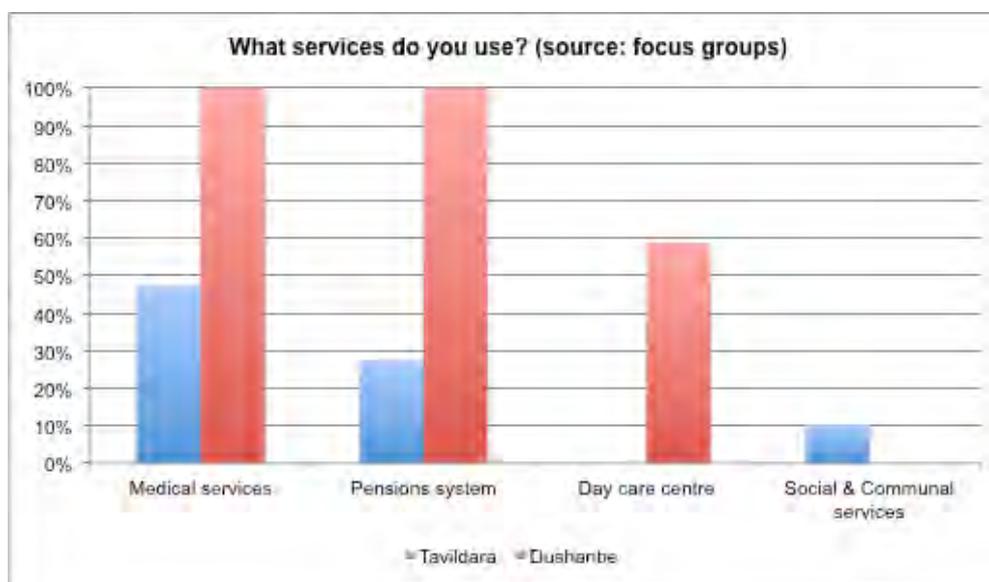
В связи с ростом знаний об альтернативах долгосрочной институционализации, в основном среди городского населения, потребность в центрах дневного ухода или аналогичных учреждениях также растет. Опять же, предложение остается весьма ограниченным: хотя гражданское общество создало больше центров дневного ухода, в течение последнего десятилетия, оно имеет ограниченный доступ, и дальнейший рост будет ограничен вопросами финансирования.

Что касается неинфекционных болезней, реабилитационные услуги после сердечнососудистых заболеваний или травмы остаются ограниченными или отсутствуют. Ни отделение сердечнососудистых заболеваний Национального медицинского центра г. Душанбе, ни областная больница в Худжанде не имеют возможности обеспечить реабилитационные услуги для всех своих пациентов, что приводит к увеличению госпитализации и нехватке мест в отделениях. В Таджикистане диабет не считается инвалидизирующим состоянием, для его лечения каких-либо специальных реабилитационных услуг не существует.

Спрос и предложение в значительной степени зависят от места расположения человека с состоянием инвалидности. В рамках ситуационного анализа, были проведены консультации с фокус-группами родителей детей с ограниченными возможностями в Душанбе и в Тавильдаринском районе (Рис. 8 и Рис. 9). Они представляют собой два противоположных полюса в плане доступности услуг: в Душанбе расположены большинство нынешних реабилитационных учреждений Таджикистана, в то время как Тавильдаринский район весьма изолирован и не развит в полной мере. Поэтому выводы содержат несколько сюрпризов, но в данном документе они представлены, чтобы дополнительно подкрепить сравнение доступа к услугам для сельского и городского населения (45). Следует отметить, что родители

были приглашены к участию в фокус-группах через местные неправительственные организации, и, таким образом, представляют собой часть населения, которая более осведомлена о существовании услуг, нежели большинство.

Рис. 8. Типы услуг, используемых лицами с ограниченными возможностями

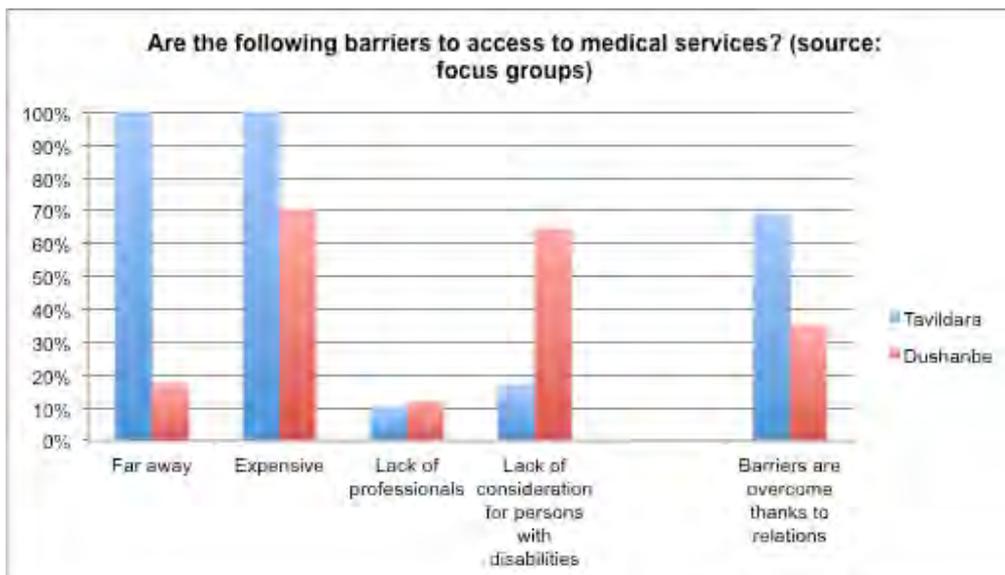


Источник: фокус-группы

Доступ к медицинским услугам, будь то специализированные услуги в крупных больницах или семейные врачи, остается всеобщим среди фокус-групп в г. Душанбе, как и доступ к системе социальной помощи, и почти 60% семей регулярно обращаются со своими детьми в центры дневного ухода. В то время как это отражает распространенность и простоту доступа к медицинским и реабилитационным учреждениям, а также Агентствам медико-социальной экспертизы в столице, это также свидетельствует о сильном присутствии активного гражданского общества в Душанбе. НПО и организации людей с ограниченными возможностями смогли создать прочные связи с различными государственными поставщиками услуг, что значительно увеличило вероятность доступа лиц с ограниченными возможностями к этим услугам. Эти организации также обеспечивают руководство и поддержку системы регистрации, в результате чего повышается доступ к системе социальной помощи, в основном пособиям.

Доступ к этим же услугам значительно более ограничен в Тавильдаринском районе, но это также и вопрос наличия этих услуг. Лицам с ограниченными возможностями приходится преодолевать большие расстояния, чтобы добраться до медицинских учреждений, а транспортные расходы могут быть непомерно высоки для семей с низким доходом. Регистрация для получения свидетельства об инвалидности составляет ниже 30%, что также означает, что более 70% из этой группы людей с ограниченными возможностями не имеет доступа к бесплатным услугам, гарантированных для людей с ограниченными возможностями, и финансовой поддержке, получаемой по выплатам пособий.

Рис.9. Барьеры в получении услуг



Источник: фокус-группы

Эта ситуация создает особо порочный круг для наиболее уязвимых слоев населения в сельской местности: из-за отсутствия финансовых средств они не могут получить доступ к медицинской помощи и реабилитационным услугам, которые могли бы выдать им диагноз, необходимый для регистрации; но без регистрации они не получают финансирования или субсидий, которые позволили бы им получить доступ к медицинским услугам. Система в еще большей степени необъективна в отношении сельского населения с психическими расстройствами, а процесс регистрации для таких состояний требует диагностики и исследований, которые не могут быть выполнены на районном уровне и требуют дорогостоящей поездки в Душанбе.

Характерной чертой является важность социальных отношений в преодолении барьеров к доступу. Знакомство с нужными людьми и использование своего влияния остаются самым простым способом получения доступа к услугам в Таджикистане. Опять же это очень необъективно в отношении наиболее уязвимых групп населения, так как богатые и более образованные люди имеют гораздо больше шансов состоять в социальных отношениях с поставщиками услуг.

Стоимость медицинских услуг остается одной из основных проблем в Тавильдаре и Душанбе. Хотя это связано с целым рядом факторов и изменяется в зависимости от состояния инвалидности, это все еще свидетельствует о значимости карманных выплат в качестве барьера для доступа, что является важным ограничением в предоставлении услуг во всех районах страны.

Техника и практика медицинской реабилитации

Реабилитационные услуги в Республике Таджикистан основаны на методиках, разработанных в Советском Союзе. Несмотря на медленное внедрение новых признанных международных методов гражданским обществом или международными организациями, они редко используются в государственных учреждениях. Старшие медработники в этих учреждениях закончили, в подавляющем большинстве, либо советские университеты или медицинский университет в Душанбе до независимости, что и объясняет в значительной степени их нежелание отказаться от модели, которая определяла их соответствующие специальности на протяжении всей их карьеры.

Доступ к информации, в том числе к медицинским обзорам, также является проблемой, хотя в Таджикистане интернет широко доступен. Язык может служить препятствием к доступу иностранных изданий, несмотря на существование переводов на русский язык и то, что все старшие опрошенные сотрудники бегло говорят на этом языке. Реабилитационные услуги для людей с ограниченными возможностями, большинство из которых имеют хронические заболевания с состоянием постоянной инвалидности, основаны на трех услугах, используемых в большинстве учреждений: массаж, электрическая стимуляция и парафин-тепловая терапия. Эти три методики описаны в Республике как «физиотерапия».

Массаж является неотъемлемой частью физиотерапевтического лечения в Таджикистане, хотя наблюдаемые методы, по большей части, ограничиваются расслабляющим и/или тонизирующим массажем. Таким образом, вклад этих массажей в фактическое восстановление сомнителен. Они остаются, однако, полезным дополнением к мануальной терапии, когда применяются соответствующим образом либо для подготовки к релаксации или для лечения боли. Хотя в физиотерапии были разработаны конкретные и узкоспециализированные методы массажа, получившие международное признание, в том числе массаж сухожилий, в том числе подколенных, или манипулятивный массаж для коррекции косолапости, эти методы, как правило, не применяются в Таджикистане. В настоящее время массаж, используемый в таджикских медицинских учреждениях, не является лечением как таковым.

Электрическая стимуляция является основополагающим элементом физиотерапии в Республике Таджикистан и широко применяется при лечении различной потери трудоспособности (ортопедическая, неврологическая, сердечнососудистая и т.д.), лечение предоставляется с использованием разнообразных (как правило, устаревших) электрических устройств, чье использование не наблюдалось за пределами бывшего Советского Союза. Хотя электрическая стимуляция и используется на международном уровне, ее применение в медицинских учреждениях ограничивается очень специфическими случаями, например, функциональная электрическая стимуляция для реабилитации лиц с парализованными нижними конечностями вследствие травмы спинного мозга или нервно-мышечная электростимуляция для лечения атрофии бездействующих мышц. В то время как использование электрической стимуляции в таджикской физиотерапии может дать некоторые преимущества своим пациентам, ее использование не вполне соразмерно получаемым выгодам в связи с отсутствием формального знания об электрической терапии.

Парафиновая и термотерапия являются третьим элементом реабилитации. Парафиновая чистка практикуется в большинстве медицинских учреждений, которые предоставляют услуги по реабилитации. Термотерапия в целом, как известно, увеличивает скорость проводимости нервов, артериального и капиллярного кровотока, расширяемость сухожилий и активность коллагеназы ((46). Термотерапия включает в себя примочки для уменьшения мышечных спазмов, боли и воспалений, тугоподвижности суставов и контрактуры. Она может стать эффективным дополнением к манипуляции и мануальной терапии, но фактически не является лечением, и ее использование еще несоразмерно его преимуществам. Хотя углубленный анализ практики реабилитационных учреждений не входит в рамки настоящего отчета, следует отметить, что во время визитов и интервью наблюдалось противопоказанное применение парафина и тепловой терапии, в том числе прикладывания к парализованным конечностям (нарушения чувствительности может способствовать ожогам) и применения для пациентов, которые неспособны указать, что им больно.

В международной практике реабилитационная терапия определяется как деятельность и мероприятия, связанные с восстановлением и компенсацией потери функции, а также предотвращением или замедлением ухудшения функционирования в каждой сфере жизни человека (4). Все три метода - массаж, электростимуляция и парафин и тепловая терапия – в той или иной степени могут представлять собой полезную подготовку для мануальной терапии, но сама мануальная терапия, в том числе пассивная и активная мобилизация с целью содействия функциональной независимости (жизненно важная и основная техника современной физиотерапии), по существу, отсутствует в реабилитационной практике в Таджикистане.

В отдельных учреждениях по всей стране можно обнаружить ряд других методов, связанных с лечением различных инвалидных состояний, но их наличие варьирует. Лечебная гимнастика, как правило, есть в крупных учреждениях, хотя отсутствие специалистов по реабилитации, а также ограниченные знания их значения и использования являются общими проблемами. Иглоукальвание и рефлексотерапия были введены в Таджикистане в советскую эпоху и используются для лечения различных состояний в сфере реабилитации, хотя главным признанным преимуществом иглоукальвания остается обезболивание. Фитотерапия, с использованием либо местных растений, либо растений, ввозимых из Советского Союза, была также внедрена в советское время и продолжает использоваться, хотя описанные преимущества совершенно не касаются реабилитационных услуг, за исключением лечения боли.

Психосоциальная деятельность, практикуемая в Таджикистане, больше похожа на консультирование и в значительной степени сосредоточена на оказание моральной поддержки, управлении конфликтами и улучшении диалога в рамках семьи. Однако трудотерапия полностью отсутствует. В то время как специальность специалиста по трудотерапии была добавлена в список официально признанных профессий в 2013 году, в стране нет признанных практикующих специалистов, равно как отсутствуют и курсы по их обучению.

Услуги протезирования и ортопедии являются важным компонентом реабилитации. Эти службы производят и поставляют вспомогательные устройства, которые часто являются первым шагом к тому, чтобы люди с ограниченными возможностями стали равноправными членами общества. Среди различных видов вспомогательных устройств, большинству людей с ограниченными физическими возможностями требуются протезы и ортезы. Многим людям также требуются дополнительные средства для ходьбы или средств, облегчающих передвижение, например, инвалидные коляски, ходунки, костыли или вспомогательных сидения.

Для создания прочной основы долгосрочных стабильных услуг, необходимо обеспечить соответствие технологий протезирования и ортопедии. В настоящее время, протезические и ортопедические услуги оказываются Национальным ортопедическим центром и используют технологии на основе полипропилена, доступного и простого в изготовлении. Услуги предоставляются бесплатно, а годовой объем производства составляет 1200 устройств в год, в том числе около 450 протезов (в основном, для взрослого населения) и 730 ортезов для детей и взрослых. Кроме того, ежегодно изготавливается около 100 костылей. Основным элементом службы протезирования и ортопедии является подгонка ортопедических устройств. Отчасти это клиническая работа, которая требует значительных медицинских и технических знаний, и отчасти практическая работа в промышленных условиях (с помощью инструментов, машин и другого оборудования для работы с пластиком, металлом и гипсом и изготовление изделий). Следует также изучить на предмет эффективности возможности производства некоторых компонентов

(вставок, суставов и т.д.) внутри страны с использованием местных или импортных материалов . Услуги по протезированию и ортопедии ограничены ввиду нехватки подготовленных протезистов и ортопедов, недостатка знаний о преимуществах вспомогательных устройств, устаревания инфраструктуры и оборудования, а также зависимости от международных источников для закупки материалов.

В настоящее время существует одна модель распределения мобильных устройств, финансируемых государством (инвалидные коляски) (47). Очевидно, что какой-либо системы предоставления иных вспомогательных устройств нет, за исключением случаев, направленных к услугам протезирования и ортопедии, а также предоставления костылей Национальным ортопедическим заводом. Предоставление инвалидного кресла является одной из форм «распределения», а не «оказания услуг». Направление из поликлиники или службы психологической, медицинской и педагогической консультации производится ВТЭК на местном уровне и, при необходимости, направление служит основанием для включения лица в лист ожидания. Данная информация о потребности в колясках собирается на районном уровне региональными отделами Государственного агентства по социальной защите, занятости и миграции и консолидируется Министерством здравоохранения и социальной защиты для централизованных закупок Национальным ортопедическим заводом. После закупки инвалидные коляски подлежат распределению Государственным агентством по социальной защите, занятости и миграции согласно списку очередников. Единственный местный производственный цех дополнительно к указанной системе расположен в Вахше, находясь в ведении местной организации «Дильшод», хотя для улучшения качества и количества выпускаемой там продукции требуется обеспечить больше инвестиций.

Два других метода, с помощью которых в настоящее время распространяются инвалидные коляски – дарение или частная покупка. Коляски, финансируемые донорами, распределяются среди получателей через НПО. Кроме того, небольшое количество импортных колясок доступны для частного приобретения в местной аптеке в г. Душанбе. Осведомленность о данной услуге недостаточна, и нынешние системы ограничивают доступность. Спектр и качество соответствующей и доступной в настоящее время продукции не соответствуют рекомендациям, изложенным в *руководстве ВОЗ по предоставлению ручных инвалидных колясок в условиях ограниченных ресурсов* (48).

Меры, направленные на удовлетворение потребностей в инвалидных колясках, должны быть сосредоточены на улучшении качества импортных инвалидных колясок и использования навыков и опыта персонала для их сборки и модификации. Это поддержит работу в рамках общины, улучшит качество продукции и предоставляемых услуг. Местное производство, в частности, вспомогательных устройств (ходунков, средств развития и т.д.), может работать параллельно с этими изменениями. Одним из ключевых вопросов, подлежащих решению по мере того, как правительство, пересматривает структуру оказания реабилитационных социальных услуг, является сотрудничество и интеграция между социальной защитой и реабилитацией. Традиционно, протезирование и ортопедия, а также предоставление средств передвижения связаны с реабилитационными службами и клиниками, а не с социальными службами. В то время как приветствуется социальная модель инвалидности, поставщики социальных услуг в настоящее время испытывают нехватку технических знаний и имеют чрезмерные и широкие обязанности, что усложняет их участие в трудоемком процессе предоставления услуг с учетом личностного подхода. В свете этого, было бы лучше упрочить связь с реабилитационными отделениями (Национальный ортопедический центр, национальные центры реабилитации, службы психологической, медицинской и

педагогической консультации) и улучшить их понимание социальной и медицинской реабилитации.

Реабилитационные услуги для сенсорных, умственных и психических нарушений здоровья получают гораздо меньше внимания в Таджикистане, и количество учреждений и преданных своему делу сотрудников значительно ниже, нежели в сфере нарушений физического развития. Реабилитационные услуги для лиц с нарушениями речи и/или нарушениями слуха испытывают значительный недостаток необходимого оборудования. С одной стороны, выявление страдает в связи с отсутствием аудиометрических устройств, и те немногие учреждения, которые в действительности имеют оборудование, не имеют соответствующих и звукоизолированных помещений. С другой стороны, реабилитация ограничена отсутствием слуховых аппаратов и других вспомогательных устройств. Потенциала в проведении хирургических вмешательств не существует, и люди вынуждены обращаться за лечением за границей.

Логопедия в Республике Таджикистан сосредоточена на преподавании вербальной коммуникации для лиц с нарушениями речи, уделяя особое внимание формированию конкретных звуков и слогов (артикуляционная терапия), улучшению двигательной функции мимических и ротовых мышц (терапия оральной моторики), в том числе использование энергичного массажа ртом. Языковые вмешательства, а также усиливающие и альтернативные коммуникационные методы гораздо менее широко используются, хотя наблюдались примеры в небольшом числе учреждений, предоставляющих услуги детям с ДЦП, умственной отсталостью и т.д.

В Республике Таджикистан оборудование для диагностики, выявления и лечения нарушений зрения гораздо более доступно. Основные услуги в сфере офтальмологии имеются в большинстве городских центров. Хирургические вмешательства, в том числе лазерная хирургическая коррекция, как говорят, в Душанбе доступны, хотя не представилось возможным убедиться и установить стоимость такой операции. Тем не менее, доступ к специализированным вспомогательным устройствам, помимо очков, является одним из важнейших вопросов. На государственном уровне они не доступны, и, хотя небольшое число устройств, в том числе увеличительные стекла, можно найти на частном рынке, они остаются дорогими и не могут быть заказаны согласно определенным спецификациям.

Что касается специализированных услуг, лица с ограниченными возможностями нуждаются в медицинских услугах, более чем другие. Тем не менее, интервью с представителями гражданского общества, указывает на то, что медицинский персонал не имеет общей подготовки и знаний относительно проблем людей с ограниченными возможностями. Помимо отсутствия доступности, описанной в предыдущем разделе, посещение больницы может быть сопряжено с длительным ожиданием без наличия сидений и возможности перемещения между этажами здания без поддержки со стороны медицинского персонала для облегчения процесса. В результате, люди с ограниченными возможностями не всегда имеют возможность проконсультироваться с медицинскими работниками индивидуально, и зачастую нуждаются в помощи членов семьи или друзей. Отсутствие знаний среди медицинских специалистов является одной из причин инвалидности, и это влияние на здоровье было также отмечено, а также при склонности этих специалистов в неправильной связке всех медицинских состояний, испытываемых лицом с инвалидностью.

Общинная реабилитация

Общинная реабилитация, согласно инициативе ВОЗ, нацелена на улучшение доступа к реабилитационным услугам для людей с ограниченными возможностями в странах с низким и средним уровнем доходов при оптимальном использовании местных ресурсов (49). Она направлена на то, чтобы способствовать лицам с ограниченными возможностями в максимизации их физических и умственных способностей, получении доступа к обычным услугам и возможностям, достижении полной социальной интеграции. Реабилитационные общинные проекты требуют всестороннего развития в пяти ключевых областях: здоровье (в том числе реабилитация и вспомогательные устройства), образование, средства к существованию, социальная защита и расширение прав и возможностей. Модель не определяет новые услуги, а определяет стратегию для привлечения этих услуг для населения. Реабилитационные общинные проекты не предназначены для создания параллельных служб, предусмотренных государством: в самом деле, чаще всего, они представляют собой расширение государственных услуг.

Общинная реабилитация в Республике Таджикистан была первоначально введена в 2010 году. В настоящее время существует четыре международных неправительственных организации, занимающиеся проектами общинной реабилитации: «Каритас» Германия, Международная организация людей с ограниченными возможностями, «Mission East» и «Operation Mercy». Кроме того, три таджикских неправительственных организаций, «Манбаи Меҳр» в Худжанде, «Гамхори» в Вахше и «Махбуба» в Курган-Тюбе также разработали мероприятия по общинной реабилитации при поддержке международного сообщества. Хотя точный компонент медицинской помощи (в том числе реабилитация и вспомогательные устройства) свой у каждого проекта, выполняются следующие четыре подкомпонента: профилактика посредством повышения осведомленности среди членов общины, родителей и партнеров на уровне общин; медицинское обслуживание путем раннего выявления и направления в соответствующие учреждения; реабилитация с базовыми реабилитационными услугами на дому, предоставляемыми медицинскими сестрами и социальными работниками; предоставление вспомогательных устройств через обращение в государственную систему, или развитие местного производства, а также путем прямого предоставления от НПО. Масштабное участие международного сообщества в деятельности, связанной с общинной реабилитацией, стало вектором для внедрения современных основных методов реабилитации, с социальной точки зрения, для обеспечения сильных компонентов инклюзивного образования и расширения прав и возможностей людей с ограниченными возможностями, возможности непосредственного взаимодействия с общинами, становящегося неотъемлемым фактором в успехе включения и основной деятельности.

Прямое участие общин является ключевым компонентом в проектах общинной реабилитации, но в этом отношении эти проекты в Таджикистане достигают разной степени успеха. Кроме того, реализация проектов все еще продолжается, и в будущем ожидается дальнейшее участие общин. Подавляющее большинство услуг предоставляются назначенными государством социальными работниками и медсестрами (медицинскими работниками), чьи зарплаты выплачиваются международными организациями и которые лишь иногда бывают членами данных общин. Таким образом, большинство мероприятий работают в рамках всеобщего охвата, а не модели общинной реабилитации в связи с ограниченным участием общин. Тем не менее, семьи проходят подготовку для самостоятельного оказания основных реабилитационных услуг. Это большой шаг вперед для общин, которые

иначе, в лучшем случае, еженедельно посещаются аутрич-программами, а в худшем – не имеют никакого доступа к реабилитационным услугам.

Как уже упоминалось выше, проекты общинной реабилитации могут действовать в качестве расширения государственных услуг, и это, конечно, случай с Таджикистаном. Тем не менее, в их нынешнем виде они имеют тенденцию испытывать влияние тех же ограничений, что и аутрич-программы с учетом транспортных расходов и времени перемещения. В 2010/11 гг. был создан 21 кабинет поддержки общинной реабилитации в районах с использованием приспособлений местного производства для обеспечения реабилитационных услуг, хотя лишь немногие из них в настоящее время действуют. Медсестры и социальные работники, предоставляющие услуги, по-прежнему работают в государственных учреждениях, и в случае прекращения финансирования они смогут предоставлять эти услуги, только если получат поддержку местных властей. Каждый проект также создал местные комитеты по реабилитации, но вряд ли они продолжат действовать без поддержки текущих проектов. Недавнее изменение в Законе о социальной защите людей с ограниченными возможностями призывает к созданию «координационных комитетов по социальной защите людей с ограниченными возможностями в областных, городских и районных уровнях» (13), которые могли бы обеспечить возможность организации местных структур комитетов по реабилитации при Правительстве.

Все текущие мероприятия по общинной реабилитации в значительной степени зависят от внешнего, международного финансирования, а их долгосрочная устойчивость, следовательно, не гарантируется, если государственные учреждения на национальном и местном уровне не принимают участия в планировании, реализации, мониторинге и оценке программ.

Участие государства в этих проектах необходимо улучшить: сохраняется серьезная проблема долгосрочной жизнеспособности и устойчивости проектов общинной реабилитации. Отсутствие тиражирования этих проектов и/или разработки оригинальных проектов также является проблемой для будущих мероприятий на общинном уровне. Это характерно для фрагментации обязанностей, связанных с инвалидностью, а также отсутствия единого ответственного органа, что также указывает на сбой в убедительном представлении положительных результатов этих проектов. Учитывая, что национальные власти признают ограниченность нынешней модели централизованных институтов, улучшение взаимодействия между всеми участвующими сторонами (национальные и местные органы власти и международные организации) необходимо провести оценку возможности становления общинной реабилитации частью национальной стратегии по инвалидности. Недавнее слияние сфер социальной защиты со здоровьем (в новом Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения) предусматривает перспективы для Министерства в принятии на себя инициатив в этом процессе и определения возможности интегрирования этой модели и ее реализации на национальном уровне.

Кадровый потенциал для целей реабилитации

Обучение и подготовка специалистов по реабилитации

В то время как большинство опрошенных специалистов прошло обучение за границей, в основном в советское время, в настоящее время Российская Федерация, Республике Таджикистан все больше приходится полагаться на собственную систему образования в подготовке нового медицинского персонала. Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибн Сино является

единственным поставщиком медицинских кадров стране. Учебная программа определяется Министерством здравоохранения и социальной защиты, и хотя университет предлагает курсы последипломной подготовки для получения шести различных степеней по 31 специальности, ни одна из них не связана с вопросами реабилитации. Основной учебный план магистратуры также дает не существенную подготовку в вопросах инвалидности и реабилитации, лишь 50 часов теории, посвященных массажу и электролечению, без какой-либо практики реабилитации. В то время как Министерство здравоохранения и социальной защиты и университет выразили заинтересованность в развитии аспирантуры в сфере реабилитационных услуг в будущем, следует отметить, что международные нормы развития кадрового потенциала в области реабилитации (физиотерапия и трудотерапия, протезирование и ортопедия, логопедия и т.д.), т.е. свидетельство/диплом, уровень магистра и последипломный уровень в Таджикистане не известны. Кроме того, в настоящее время в стране нет специалистов, способных преподавать такие курсы.

Медсестры обучаются в медицинском колледже города Душанбе и медицинского колледжа Худжанда. Каждый год они выпускают около 1400-2000 человек. Хотя они составляют большинство среди медицинских работников и вносят значительный вклад в оказание медицинских услуг, медсестринское дело до сих пор не смогло привлечь достаточного внимания. В настоящее время в Республике имеются около 24 000 работающих медсестер. Они работают в профилактических и лечебных службах. Примерно 17 000 из них работают как медицинские сестры (медицинские работники) в центрах ПМСП, а остальные являются медсестрами и инструкторами в больницах (на районном, региональном и национальном уровнях) и учебных заведениях. На 750 жителей приходится одна общинная (участковая) медсестра, несмотря на нехватку медицинских работников в сельской местности. В дополнение к вышесказанному, многие медсестры работают в реабилитационных центрах (национальные центры, службы психологической, медицинской и педагогической консультации и т.д.), как реабилитационный персонал, и прошли дополнительную подготовку на рабочем месте в сфере реабилитации.

Существуют некоторые положительные сдвиги в подготовке медсестер. Были созданы Республиканский институт сестринского дела и Республиканский институт семейной медицины - для обеспечения непрерывного профессионального образования для работающих медсестер. Оба института выразили готовность работать в сфере инвалидности. В настоящее время, медсестры участвуют в реабилитации людей с ограниченными возможностями через программы общинной реабилитации. Однако структурированный подход, ориентированный на республиканские учебные заведения для медсестер, поможет в решении проблем инвалидности на первичном уровне системы здравоохранения и разработке программы в области здравоохранения по охвату людей с ограниченными возможностями.

Несмотря на то, что первоначальный диплом медсестры не решает вопросы реабилитации, медицинский колледж г. Душанбе при поддержке Министерства здравоохранения и социальной защиты разработал новый третий год дополнительной специализации к диплому о предыдущем двухлетнем обучении. Новый курс, кстати озаглавленный «массаж и электролечение для медсестер» в настоящее время преподается в двух учреждениях, уделяя особое внимание оказанию медицинской помощи для людей с ограниченными возможностями. Первый набранный поток закончит медицинский колледж г. Душанбе в июне 2014 года.

В некоторых местах, социальные работники стали важной частью оказания основных услуг по реабилитации через развитие социальной помощи в домашних учреждениях. Социальные работники обучаются на факультете социальной работы Таджикского национального университета. Учебный план был пересмотрен с тем, чтобы подготовить работников к более эффективному удовлетворению потребностей уязвимых групп (пожилых людей и людей с ограниченными возможностями, детей-сирот и т.д.). Первые 40 студентов окончили учреждение со степенью бакалавра в июне 2013. В числе курсов, связанных с вопросами социальной защиты, нынешняя учебная программа включает в себя конкретные разделы по социальной работе с людьми с ограниченными возможностями и арт-терапии.

Факультет педагогики Таджикского государственного педагогического университета им. С. Айни подготавливает множество специализированных педагогов, в том числе педагогов-психологов и дефектологов. Следует отметить, что учебные программы и подробная информация о курсах, предусмотренных педагогическим университетом, не были предоставлены для настоящего отчета.

В советское время, физиотерапия и трудотерапия преподавалась в аспирантуре. Данная двухлетняя аспирантура доступна в качестве последиplomной специализации выпускников врачей и медсестер и только в Российской Федерации (Санкт-Петербургский медико-социальный институт личного общения, октябрь 2013 г.)

На уровне профессионально-технического обучения, Правительство Таджикистана в 2012 году создало независимый государственный институт - Центр по обучению и практике социальной работы и инноваций в Чорбоге. В 2010/11 гг. 20 сотрудников из выбранных учреждений прошли обучение основам физиотерапии и трудотерапии в данном учреждении. Программа обучения «Основы физиотерапии и трудотерапии для социальной помощи институтам» направлена на обеспечение базовых знаний и навыков для безопасного передвижения пользователей услуг, предотвращения вторичных осложнений, сохранения физической активности лиц в повседневной деятельности и адаптации к своему окружению (32). На момент подготовки отчета большинство обученных сотрудников покинули страну и/или сменили профессию, а центр не имеет в настоящее время никаких планов по набору новых студентов. Действительно, по состоянию на июнь 2014 года не было новых студентов, поступивших на следующий год, что делает маловероятным преподавание каких-либо занятий в 2014/15 учебном году. В настоящее время вопрос продолжения работы в будущем остается под сомнением. В соответствии с международными нормами в области образования в профессии физиотерапии и трудотерапии, сотрудники могут быть классифицированы только в качестве ассистентов по реабилитации в связи с отсутствием каких-либо специалистов - выпускников физиотерапии или трудотерапии для обеспечения их контроля. Тем не менее, упомянутая инициатива стала важным событием для Республики Таджикистан, так как она признала необходимость и важность специалистов в области реабилитации.

Тем не менее, внедрение современных методов реабилитации остается медленным и ограниченным. Даже новые дипломные курсы, в том числе предусмотренные медицинскими колледжами, имеют учебный план, основанный на учебной программе из Беларуси, и, таким образом, недостаточны для внедрения международных признанных методов. Кроме того, современные методы, в основном, были введены в программы нижнего и среднего уровня дипломной подготовки на разовой основе, но каких-либо существенных изменений не было внедрено на уровне магистратуры или последиplomной подготовки. Это ограничивает принятие современной практики, затрудняя обеспечение надлежащего контроля, создавая потенциал для конфликта между молодыми медсестрами,

социальными работникам и пожилыми врачами - специалистами, которые зачастую проходили обучение в Советском Союзе.

Важно отметить, что в настоящее время отсутствует профессиональное развитие кадрового потенциала в области физиотерапии, трудотерапии, протезирования и ортопедии, логопедии, физиотерапии, реабилитации и т.д. Конвенция о правах людей с ограниченными возможностями подчеркивает ответственность страны в целях содействия в подготовке специалистов и персонала, работающих с людьми с ограниченными возможностями, а текущие инвестиции в этой области поддерживаются Министерством здравоохранения и социальной защиты, ВОЗ и Специальным фондом для людей с ограниченными возможностями Международного комитета Красного Креста. Четверо студентов с дипломами в области сестринского дела и два врача из национальных центров реабилитации были отправлены на курсы бакалавра в сфере физиотерапии, трудотерапии и адаптированные курсы по физической медицине и реабилитации в Индию. Кроме того, Специальный фонд для людей с ограниченными возможностями ожидает возвращения семи протезистов и ортопедов после прохождения обучения во Вьетнаме в начале 2015 г.

Помимо государственного формального образования, международные программы, принимающие участие в сфере реабилитации, провели ряд краткосрочных учебных курсов, в том числе ЮНИСЕФ, ВОЗ и международные неправительственные организации. Местные неправительственные и организации людей с ограниченными возможностями также смогли получить доступ к внешней поддержке для подготовки их персонала. Хотя эта подготовка оказала весьма положительное влияние на модернизацию техники и используемой практики реабилитации, а также устранение существующих пробелов в системе государственного образования, устойчивость остается проблемой в отсутствие формального надзора и непрерывного образования. Опрошенные больничным и клиническим медперсоналом высоко оценили предоставленное обучение и положительные результаты, наблюдаемые среди больных, посетовав на отсутствие формальных признанных государственных свидетельств и отсутствие возможностей для обновления и модернизации своих знаний. В более долгосрочной перспективе, ухудшение качества практики может быть решено лишь путем введения этой практики в систему государственного образования и подготовки международных признанных аспирантов и специалистов, способных обеспечить надзор над реабилитационными центрами и персоналом.

Наличие специалистов в сфере реабилитации

Нет никаких статистических данных, демонстрирующих количество существующих вакантных должностей, но согласно наблюдаемым данным, медицинские учреждения стремятся к найму специалистов в области реабилитации. Физиотерапевты и специалисты по трудотерапии лишь недавно были добавлены в список профессий, признаваемых государством. По состоянию на момент подготовки отчета, в Республике Таджикистан нет практикующих физиотерапевтов или специалистов по трудотерапии. Тем не менее, этот пробел не признается этими учреждениями, так как руководство не всегда осведомлено о существовании этих профессий, или не чувствует необходимость укомплектования ими штата.

Следует отметить, что, во время посещений учреждений в рамках настоящего ситуационного анализа, был проведен опрос ряда «физиотерапевтов». Тем не

менее, это название – омоним, отчасти транслитерация с русского языка¹ и не относится к профессии физиотерапевта в том смысле, как этот термин понимается в международном масштабе. Физиотерапевтами в Таджикистане выступают врачи, получившие определенную подготовку в сфере физиотерапии в бывшем Советском Союзе или в современной Российской Федерации с упором на массаж и электростимуляцию. Поскольку массаж и электростимуляция являются центральными элементами реабилитации, как это практикуется в Таджикистане, эти специалисты высоко ценятся всеми надлежащим образом оборудованными учреждениями.

Как уже упоминалось выше, такие профессии, как протезисты и ортопеды, специалисты физической медицины, реабилитологи, логопеды и т.д., до сих пор не включены в Республиканский классификатор профессий в Республике Таджикистан.

Многие учреждения уже сообщили, что они пытались и не смогли нанять психологов. Растет осведомленность медицинских работников о психологическом аспекте инвалидности и ее значении в процессе реабилитации для всех лиц с ограниченными возможностями, а также о необходимости предоставления обучения и психологической поддержки родителям и другим родственникам. Позитивная эволюция в лечении людей с ограниченными возможностями приветствуется, но для замещения новых вакансий в стране просто не хватает практикующих психологов.

Также в кадровом обеспечении очень не хватает логопедов и специалистов различных педагогических специальностей, связанных с сенсорными нарушениями. Старшие должности в настоящее время заняты сотрудниками, прошедшими обучение за рубежом на краткосрочных курсах, а несколько учреждений сообщили о том, что более молодые работники, прошедшие обучение в Республике Таджикистан, не в состоянии заменить их с тем же уровнем компетентности.

Помимо недостатков все еще развивающейся системы образования, основными проблемами, влияющими на процесс найма и удержания персонала, являются недостаточное управление кадровым потенциалом, устаревшая медицинская техника, ненадлежащее состояние медицинских учреждений и низкая зарплата. Мало того, что заработная плата не может конкурировать с частным сектором, медицинский персонал также может найти лучшие условия труда за рубежом. Одно учреждение, безуспешно пытающееся нанять психолога, сообщило, что оно может предложить зарплату в размере около 200 долларов США в месяц на такую должность, но, отметив, что те же самые специалисты могут легко заработать в 10 раз больше при ведении частной практики в Российской Федерации. Нынешний уровень оплаты также влияет на качество студентов, которые поступают в медицинский университет и колледжи, так как самые лучшие студенты, скорее всего, поступят на обучение в области экономики или бизнеса, а не медицины. Качество медицинских работников, следовательно, вероятно, сократится в ближайшие годы в связи с выходом ведущих специалистов, прошедших подготовку в Москве и других ведущих советских вузах, на пенсию.

Стоимость исключения

Страны чаще изучают расходы на инвалидность с точки зрения услуг, структур и необходимой социальной помощи, но игнорируют стоимость в потерянной продукции, исключая людей с ограниченными возможностями из состава рабочей

¹ Русское слово также переводится как «физиотерапевт», но профессия значительно изменилась во всем мире. В Республике Таджикистан это слово все еще сохраняет первоначальный смысл и значение, что и в Советское время.

силы. Во-первых, отношения между бедностью и инвалидностью следует выделить. Бедность приводит к инвалидности из-за отсутствия доступа к услугам, нехватке осведомленности и знаний, и занятости в мануальных и опасных работах. В свою очередь, инвалидность приводит к бедности из-за отсутствия возможностей, потери рабочих мест, культурных барьеров и исключения из общества. Любая страна старается максимально использовать возможности, имеющиеся для своего населения в усилиях разорвать порочный круг инвалидностью и бедности.

Экономические и социальные издержки инвалидности значительны, но их сложно оценить количественно. Они включают прямые и косвенные затраты, некоторые возлагаются на людей с ограниченными возможностями и их семьи, друзей и работодателей, а также некоторые общества людей с ограниченными возможностями. Многие из затрат возникают из-за недоступной окружающей среды, и могут быть уменьшены в более инклюзивных условиях. Зная стоимость инвалидности, важно не только получить инвестиции, но и разработать государственные программы. Оценки стоимости инвалидности скудны и фрагментированы.

Отчет « *Проблемы инвалидности, тенденции и рекомендации для Всемирного Банка (50)* » пытается измерить потерю доходов ВВП в связи с безработицей в результате инвалидности путем экстраполяции предыдущих исследований в Канаде в остальной части мира. Поскольку нужно было сделать несколько предположений, доклад дал низкую и высокую оценку, а не уникальные цифры. В 1997 году потери ВВП за счет исключения людей с ограниченными возможностями, по оценкам, составил от 1,16% до 1,35% от общего объема ВВП в Республике Таджикистан. Занятость среди людей с ограниченными возможностями заметно не изменилась в период между 1997 г. и 2012 г., и мы можем обоснованно предположить, что эти цифры, хотя и являются приблизительными оценками, по-прежнему свидетельствуют и составляют потери от 80 – 94 млн. долл. США для Таджикистана.

Дальнейшее исследование опубликовано в 2009 г. Международной организацией труда, направленное на уточнение предыдущих данных о макроэкономических убытках, вызванных исключением людей с ограниченными возможностями из рабочей силы на основе анализа трех факторов: снижение производительности труда в связи с исключением из работы или социальной среды, пробелы между потенциальной и фактической производительностью людей с ограниченными возможностями, а также различия в уровне безработицы (51). В исследование были включены 10 стран со средним уровнем дохода из Азии и Африки, используя данные на уровне страны и страны с чувствительной статистической информацией, а не экстраполяции из предыдущих исследований.

Исследование показало чистый убыток от ВВП, понесенный в размере 3% - 7%. Хотя этот доклад не включает Таджикистан и не утверждает, что эти цифры справедливы для этой страны, все же сохраняются сильные экономические аргументы в пользу укрепления служб реабилитации и интеграции в общество в целом и рабочей силы, в частности: учитывая текущий низкий уровень государственных расходов на систему здравоохранения, любые дополнительные расходы на здравоохранение и реабилитацию, которые способствуют возвращению людей с ограниченными возможностями и/или полной реализации в рабочей силе, значительно перевешиваются стоимостью невложенных инвестиций.

Заключения и рекомендации

Республика Таджикистан продемонстрировала огромный потенциал в сфере реабилитации после вспышки полиомиелита в 2010 году. Доступность служб реабилитации для людей с ограниченными возможностями в последние годы

увеличилась. Многие из нынешних пилотных программ показывают большие перспективы, несмотря на суровую географию страны и сложности в расширении услуг для всех, кто в них нуждается. Увеличение государственных расходов на здравоохранение в последние пять лет показывает результаты, хотя и по-прежнему ограничены.

Тем не менее, главный вывод этого отчета заключается в том, что услуги по реабилитации в настоящее время доступные в Республике Таджикистан, остаются недостаточными для удовлетворения потребностей населения с точки зрения количества и качества. В количественном отношении нынешние услуги не могут обеспечить надлежащий географический охват для всего населения. Централизация системы, в учреждениях в основном расположенных в крупных городских центрах, являются существенной преградой для доступа к услугам среди подавляющего большинства населения, которое проживает в отдаленных сельских районах и не имеет средств для перемещения.

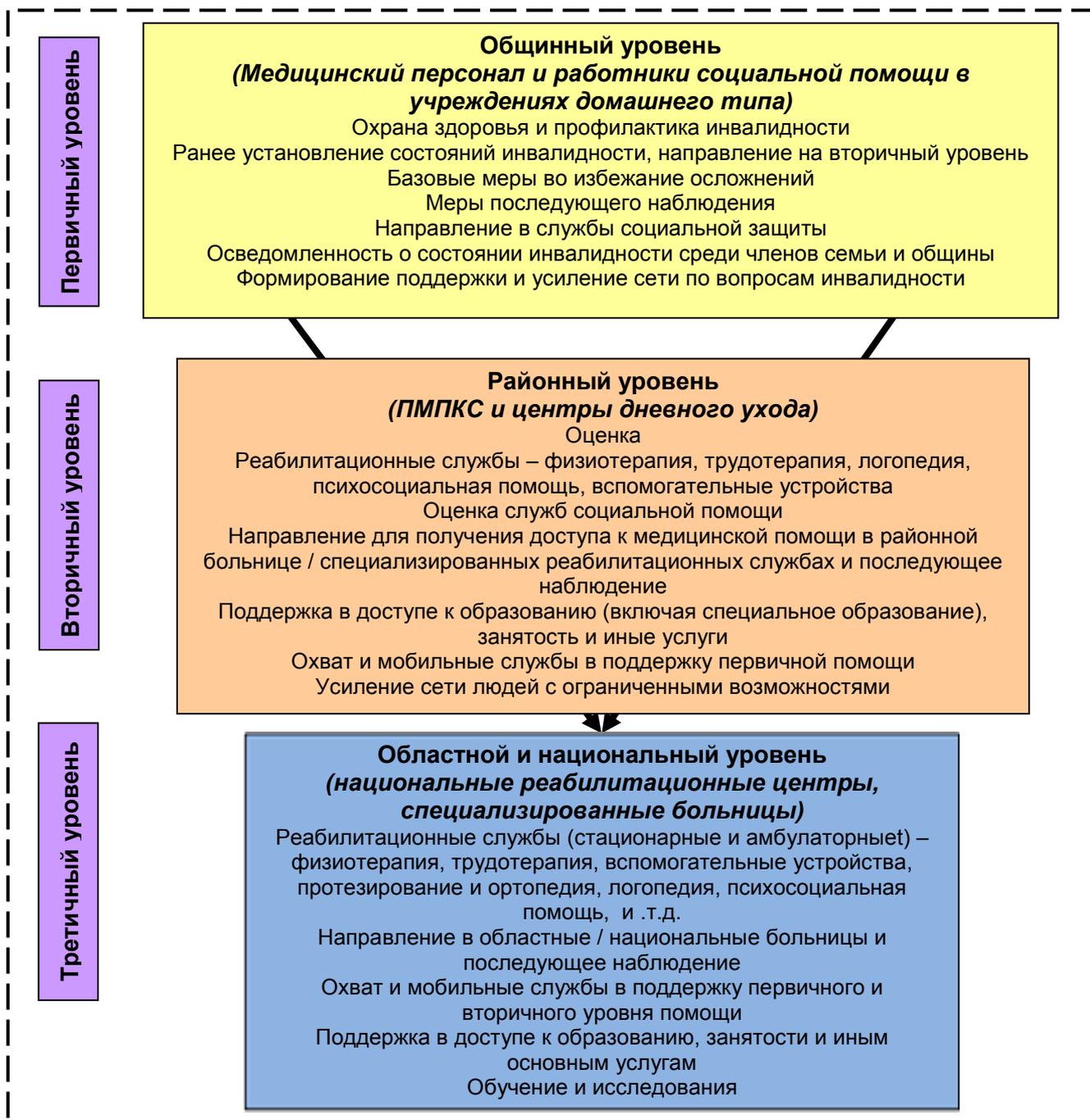
Качество услуг вызывает большое беспокойство. Учреждения обычно сообщают о трудностях в найме специалистов по реабилитации, но даже в случае доступности сотрудников, их работа затруднена устаревшей инфраструктурой и отсутствием необходимых навыков. Наконец, классификация инвалидности и статус лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан также остаются проблемой в отсутствие единой и функциональной модели определения. Различные выявленные проблемы, которые подлежат комплексному рассмотрению, можно обобщить следующим образом

- социально-экономическое положение людей с ограниченными возможностями и их семей, которые часто живут в бедности;
- отсутствие стратегии по инвалидности и ограниченная законодательная база;
- отсутствие профессиональных кадровых ресурсов в сфере реабилитации;
- отсутствие реабилитационных услуг на всех уровнях, особенно в сельских районах, где проживает большинство населения;
- отсутствие стандартов качества и надлежащего мониторинга услуг в сфере инвалидности и реабилитации;
- недостаточная координация и механизмы направления между поставщиками услуг;
- ограниченные знания и понимание места реабилитации в системе здравоохранения;
- ограниченное финансирование деятельности в сфере инвалидности и реабилитации;
- низкий уровень координации среди немногих партнеров, поддерживающих деятельность в сфере инвалидности и реабилитации в Республике Таджикистан;
- ограниченное привлечение людей с ограниченными возможностями в процессе принятия решений;
- барьеры окружающей среды, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями;
- ограниченная доступность вспомогательных устройств;
- стигма и предрассудки, препятствующие доступу к услугам;

- общая нехватка информации о преимуществах и потенциале реабилитационных услуг в снижении степени нарушений и инвалидности, а также содействия интеграции и участию.

Представленные ниже рекомендации содержат практические решения с учетом специфики страны и осуществимые в течение 10 лет. Укрепление существующих служб Объем и географический охват реабилитационными службами в Республике Таджикистан подлежит усилению: большинство людей с ограниченными возможностями не имеют доступа к этим службам в настоящее время. На сегодняшний день, большинство служб расположено в городах, а доступность общинных служб реабилитации ограничена. Рекомендуется децентрализовать реабилитационные службы, интегрировать их в систему первичной медико-санитарной помощи и дополнить общинную реабилитацию, также укрепив службы психологической, медицинской и педагогической консультации, центры дневного ухода и национальные центры реабилитации. Следует разработать надежные системы направления и последующего наблюдения. Настоятельно рекомендуется внедрение амбулаторных услуг в национальных центрах реабилитации наряду с семейной подготовкой. Это поможет предотвратить институционализацию людей с ограниченными возможностями. Механизмы поддержки для улучшения непрерывной помощи, оказываемой лицам с ограниченными возможностями, подлежат усилению через механизмы направления, последующего наблюдения, междисциплинарной и межотраслевой совместной работы. Рекомендуется следующая схема реабилитационных служб (Рис. 10) под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты.

Рис.10. Рекомендуемая структура реабилитационных служб



ПМПКС = психологическая, медицинская, и педагогическая консультационная служба

Улучшение возможностей кадрового потенциала

Республика Таджикистан должна развивать свой собственный резерв специалистов в области физиотерапии и трудотерапии, протезирования и ортопедии, логопедии и других специальностей в здравоохранении, имеющие существенное значение для предоставления эффективных услуг реабилитации. Это также будет иметь большое значение для модернизации Республиканского классификатора профессий в Республике Таджикистан в целях включения основных профессий, в том числе протезистов и ортопедов, специалистов физической медицины, специалистов по реабилитации, логопедов и т.д. Первым шагом является подготовка разумного числа выпускников в сфере физиотерапии и трудотерапии в стране, которые обеспечат

международные признанные степени. После завершения своего образования и возвращения в страну, по крайней мере, некоторые из этих физиотерапевтов и специалистов в трудотерапии должны преподавать в Медицинском университете и/или медицинских колледжах для увеличения количества специалистов самого высокого уровня.

Для обеспечения децентрализации услуг, чрезвычайно важным является решение конкретных проблем, связанных с качеством медицинской помощи, получаемой людьми с ограниченными возможностями, в том числе знаний, отношений и практики медицинских работников. Это требует подготовки существующих медицинских работников - врачей и медицинских работников, работающих в первичном звене здравоохранения и существующих поставщиков услуг общественного здравоохранения (поликлиники и больницы) - в значении реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями. Кроме того, соответствующие аспирантура и учебные программы для врачей и медсестер подлежат усилению в области инвалидности и реабилитации.

Несмотря на рост расходов на здравоохранение, в настоящее время существуют ограничения в финансировании, направленного на решение трех основных проблем, наблюдаемых в существующих учреждениях: распад инфраструктуры, отсутствие рабочих мест и нехватка современной реабилитационной техники. Хотя настоящий отчет признает нынешние экономические трудности в Таджикистане, даже при наличии потенциала международной поддержки, увеличение расходов на здравоохранение и обеспечение строгого контроля над финансированием являются необходимыми шагами не только для модернизации и поддержки существующих инфраструктур, но и для расширения и создания новых условий для удовлетворения потребностей растущего числа лиц с ограниченными возможностями. Хотя, в целом, все государственные учреждения должны быть доступны, очень важно, чтобы все учреждения (существующих и будущие) обеспечивали бы полный доступ к функционирующим услугам для лиц с ограниченными возможностями

Удержание персонала в медицинской системе уже является проблемой, которая усугубляется введением новых, подготовленных специалистов международного уровня. В то время как размер заработной платы медленно увеличивается, в настоящее время они не могут соответствовать предложениям в Российской Федерации или странах, соседствующих с Таджикистаном. Необходимо предпринять усилия, направленные на увеличение заработной платы при намерении в долгосрочной перспективе удержания в медицинской системе специалистов, обученных за рубежом. Следует предложить финансовые и нефинансовые стимулы, например, возможности непрерывного образования и развития карьеры, улучшение условий труда и повышение статуса соответствующих профессий – и все это будет способствовать удержанию лучших кадров.

Существующие протоколы и руководства по вопросам реабилитации для различных условий инвалидности подлежат обновлению и разработке в соответствии с требованиями. Кроме того, в Республике Таджикистан необходимо разработать глоссарий широко используемых терминов в области инвалидности и реабилитации. Этот процесс будет сопровождаться подготовкой специалистов за рубежом. Все протоколы должны быть доказательными и соответствовать международным стандартам. Также существует необходимость внедрения долгосрочных механизмов регулирования для обеспечения последовательного применения этих стандартов.

Улучшение определения состояния инвалидности

Настоящий отчет настоятельно рекомендует принятие международных стандартов по определению и классификации инвалидности в Республике Таджикистан.

Нынешняя система открыта для толкования, что создает расхождения и потенциал для манипулирования. Таджикистан уже имеет широкомасштабную сеть учреждений и медицинских специалистов, занятых определением и классификацией инвалидности (агентства медико-социальной экспертизы и врачебно-консультативные комиссии) и принятием международных стандартов (например, Вашингтонская группа по статистике инвалидности, МКФ, и т.д.), обеспечив общую, единую и строгую модель для поддержки диагнозов, установленных медицинскими комиссиями. Принятие международных стандартов необязательно означает увеличение объема финансирования медицинской помощи по инвалидности от государства, но обеспечит полезную директиву по улучшению эффективного распределения ресурсов для людей с ограниченными возможностями, развития услуг и предоставления социальной помощи и льгот.

Расширение услуг для каждого

Горная география Республики Таджикистан представляет собой серьезный барьер для доступа к услугам среди сельского населения. Мало того, что наиболее уязвимая часть населения не имеет средств для оплаты транспортных расходов, многие люди с ограниченными возможностями также сталкиваются со сложностями при перемещении. Децентрализация услуг и большая гибкость областных и районных учреждений в оказании своих услуг в форме, которая позволяет им обеспечить наибольший охват сельского населения и станет полезным шагом в расширении охвата существующих поставщиков услуг. Кроме того, модель общинной реабилитации была специально разработана для групп населения, которые не имеют доступа к основным услугам в странах с низким уровнем дохода, и как таковая, она особенно хорошо подходит для Республики Таджикистан.

В последнее время областные и местные органы власти разрабатывают информационно-пропагандистские программы, в которых социальные работники и медсестры обеспечивают основные услуги реабилитации на дому. Эти программы имеют потенциал в достижении успеха и, конечно, заслуживают поддержки и повторения при развитии общинной реабилитации. Тем не менее, реабилитация является ежедневным процессом, и в более отдаленных общинах ежедневные услуги могут быть обеспечены только путем вовлечения самих общин. Все проекты, в настоящее время действующие в стране, находятся в ведении неправительственных организаций, и очень важно обеспечить участие государственных органов власти на национальном и местном уровне во всех этапах разработки программ и приобретении знаний, необходимые для успешной инициации таких проектов, что обеспечит устойчивость и доступность этих услуг по всей стране.

Каждый проект по общинной реабилитации, в настоящее время реализуемый в Таджикистане, осуществляет деятельность в соответствии со своей собственной моделью. В то время как рамки настоящего отчета не позволяют определить оптимально адаптированные модели для Таджикистана, соответствующая модель (и) подлежит согласованию/или разработке на национальном уровне, что послужит в качестве основы для будущего запуска программы государством. Эта модель должна оставаться гибкой при различных ситуациях, возникающих в этой сфере, а также обеспечения возможности реализации местными органами власти необходимых мероприятий с привлечением местных ресурсов.

Инклюзивные медицинские услуги, связанные с инвалидностью

Люди с ограниченными возможностями имеют те же права, что и общее население, и будут включены во все аспекты их общин, который включает в себя доступ к таким

услугам, как здравоохранение. Инклюзивная медицинская помощь, связанная с инвалидностью, относится к процессу, включения людей с ограниченными возможностями в области медицинских услуг, которые доступны общему населению. Многие люди полагают, что люди с ограниченными возможностями имеют специфические потребности в медицинской помощи, связанной с их инвалидностью и поэтому требуют «профессиональных медицинских услуг». Хотя это может быть верно в отношении некоторых людей с ограниченными возможностями, следует признать, что все люди с ограниченными возможностями имеют общие потребности в медицинских услугах, например в иммунизации или скрининге на предмет наличия хронических заболеваний, и, следовательно, также должны иметь доступ к «основным» медицинским услугам. Для обеспечения всеобщего охвата и включения медицинской помощи для людей с ограниченными возможностями, может возникнуть необходимость изменений на уровне системы здравоохранения, медицинского обслуживания или отдельного врача. В Республике Таджикистан это могут потребовать внесения изменений в законодательство и политику, реализации рациональных условий и образования медицинских работников в обеспечении изменений в отношении к людям с ограниченными возможностями.

Улучшение законодательной базы, связанной с инвалидностью

В то время как Республика Таджикистан разработала прочные законодательные основы, ссылки на инвалидность в стратегических документах остаются эпизодическими. Лица с ограниченными возможностями и обычные граждане должны пользоваться равными правами. Некоторые исследования показывают, что люди с инвалидностью, как правило, исключены и лишены своих основных прав. Кроме того, одним из основных определенных вопросов является отсутствие общей стратегии национальной инвалидности, устанавливающей консолидированное и всестороннее долгосрочное видение по улучшению благосостояния людей с ограниченными возможностями. Рекомендуется разработать национальную стратегию и план действий по инвалидности. Национальная стратегия по инвалидности должна быть основана на принципах и соответствовать духу Конвенции о правах инвалидов и законодательства Республики Таджикистан. Кроме того, рекомендуется пересмотреть и внести изменения в положения Закона Республики Таджикистан о социальной защите инвалидов (2010 г.) для обеспечения комплексного закона о правах лиц с ограниченными возможностями. Этот закон должен охватывать все секторы, указав механизмы координации, принятия решений, регулярного мониторинга и отчетности, а также контроля над ресурсами. Участие гражданского общества, в частности организаций лиц с ограниченными возможностями в подготовке стратегических документов, процессе, который уже предусмотрен законом, гарантирует принятие во внимание потребности людей с ограниченными возможностями.

Мониторинг и обеспечение существующих и новых законов подлежит усилению. Преодоление разрыва между тем, что предписано законом и фактическим его применением на практике, не должно быть единственной сферой гражданского общества, как это происходит сегодня. Мониторинг также значительно улучшится в связи с сильным координационным органом на национальном уровне, так что все мероприятия, связанные с инвалидностью, станут последовательными и усиленными. Является чрезвычайно важным существование ответственного агентства или министерства в вопросах координации, принятия решений, реализации законов, контроля и отчетности. В случае с Республикой Таджикистан таким органом выступит Министерство здравоохранения и социальной защиты, что также обеспечит большую подотчетность. Также рекомендуется назначение координационного центра в каждом соответствующем министерстве Правительства

- особенно в области здравоохранения и социальной защиты, образования, труда и транспорта, для людей находящихся в уязвимом положении, например, лица с ограниченными возможностями, дети и пожилые люди. Это гарантирует обеспечение единого собеседника, в ведении которого находятся вопросы, связанные с инвалидностью в каждом секторе. Рекомендуется укрепить настоящий координационный форум по инвалидности, Координационный совет путем принятия межсекторального подхода. Это будет иметь большое значение в определении его целей, планов и результатов.

Правительство Республики Таджикистан изучает целесообразность ратификации Конвенции о правах инвалидов, и настоящий отчет в значительной степени поддерживает этот процесс. Ратификация Конвенции будет предоставлять международную признанную общую основу для усилий Республики Таджикистан по развитию реабилитационных услуг.

Изменение социального отношения

Несмотря на признание равных прав для всех людей в Республике Таджикистан, лица с ограниченными возможностями до сих пор борются за признание. Они часто сталкиваются со стигмой, дискриминацией и непониманием со стороны своих семей и общества в целом. Социально-экономическому включению и участию в социальной, культурной, экономической и политической жизни мешает отсутствие понимания, стереотипы и заблуждения среди населения о правах, потребностях и способностях людей с ограниченными возможностями. Лица с ограниченными возможностями по-прежнему рассматриваются в качестве объекта благотворительности, а не правообладателей, которые способны принимать решения и участвовать в жизни общества. Лица с ограниченными возможностями, или члены их семей зачастую не знают о своих правах и не имеют возможности отстаивать их от своего собственного имени. Несмотря на значительные изменения, улучшение положения лиц с ограниченными возможностями ограничено, и одним из основных факторов, способствующих этому, является общественное отношение к людям с ограниченными возможностями.

Необходимы культурные изменения в таджикском обществе для облегчения реформ в секторе инвалидности. Это может включать повышение осведомленности, масштабное обучение и смещение отношения в сторону подлинного включения лиц с ограниченными возможностями в общество. Это имеет важное значение для распространения информации об инвалидности для изменения негативного отношения к людям с ограниченными возможностями и в обществе в целом. Рекомендуется разработать и реализовать стратегию и планы изменения поведенческих связей в вопросах инвалидности. Они должны быть направлены на членов семьи и общины, поставщиков услуг и органы власти на всех уровнях с целью оказания содействия в достижении всеобъемлющего и равноправного общества. Кроме того, лица с ограниченными возможностями и члены общин должны быть обучены в вопросах необходимости и важности услуг реабилитации высокого качества, а также прав лиц с ограниченными возможностями.

Улучшение доступности учреждений

В Республике Таджикистан люди с ограниченными возможностями сталкиваются с множеством препятствий в своей физической среде. Построенные структуры, транспортные системы и информация зачастую недоступны. Отсутствие физического доступа (например, к медицинским центрам) является частой причиной замешательства для человека с инвалидностью в получении доступа к услугам и впоследствии заточения в жилых общежитиях или у себя дома. Это усугубляется горной местностью, устаревшей инфраструктурой и суровыми зимними условиями в

Таджикистане. Кроме того, коммуникационные потребности людей с ограниченными возможностями часто остаются неудовлетворенными. Информация редко представлена в доступных форматах, и некоторые люди с ограниченными возможностями не имеют доступа к базовой информации. Эти барьеры ограничивают возможности людей с ограниченными возможностями принимать участие в социальной, культурной или профессиональной жизни наравне с другими гражданами, а также препятствуют полной реализации своих прав. Безбарьерная, доступная среда улучшает участие и мобильность, являясь необходимым условием для подлинно открытого общества. Как и люди с ограниченными возможностями, так и общество в целом, в том числе пожилые, беременные женщины, лица с временной ограниченной подвижностью, дети и т.д., получают выгоды от улучшения доступности.

Рекомендуется обеспечить усиление законодательства о доступности, необходимо проводить информационно-просветительские мероприятия, а основные существующие и все новые здания должны обеспечить беспрепятственный доступ для услуг лицам с ограниченными возможностями. Кроме того, следует разработать информационные материалы в соответствующих и доступных форматах, например, с использованием аудио или шрифта Брайля для людей с нарушениями зрения, письменные или графические представления для людей с нарушениями слуха и аудиовизуальные материалы. Правительство, доноры, организации гражданского общества и общины должны совместно сотрудничать с целью систематического содействия в обеспечении безбарьерной среды, свободного доступа к услугам для всех.

Улучшение сбора данных

Знание численности людей с ограниченными возможностями и их обстоятельств может улучшить усилия стран по устранению барьеров инвалидности и оказания соответствующих услуг для людей с ограниченными возможностями. Хотя некоторые из министерств и ведомств имеют свои собственные цифры, связанные с лицами с ограниченными возможностями, не было предпринято последовательных усилий для сбора достоверных данных. Единый государственный источник для всех схем, связанных с инвалидностью, отсутствует. Например, Агентство по социальному страхованию и пенсиям является основным органом, занимающимся сбором данных о лицах с ограниченными возможностями, но он лишь собирает данные, связанные с выданными пособиями и пенсиями. Программы, реализуемые организациями гражданского общества, не имеют согласованных данных о своих бенефициарах. Рекомендуется создание единой централизованной базы данных для лиц с ограниченными возможностями для эффективного использования ресурсов и при разработке и реализации соответствующих стратегий, планов и программ.

Существует необходимость разработки, апробации и последовательного применения методологии сбора данных о людях с ограниченными возможностями. Данные подлежат стандартизации и сопоставлению в международном масштабе для тестирования и мониторинга прогресса в вопросах инвалидности. На национальном уровне данные по инвалидности подлежат включению в сбор данных. В краткосрочной перспективе, рекомендуется проведение национальных медицинских и социальных исследований для включения информации об инвалидности в разбивке по характеристикам населения, в т.ч. возраста, пола, расы, социально-экономического статуса и т.д. Они также подготовят информацию о распространенности инвалидности, состоянии здоровья, связанного с инвалидностью, использованием и потребностью в услугах, в том числе реабилитации. В долгосрочной перспективе рекомендуется включение в перепись населения данных о людях с ограниченными возможностями.

Ссылки

1. Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан, 2013 г.
2. Программа развития Организации Объединенных Наций. Доклад о человеческом развитии, 2009 г. Бейсингстоук / Нью-Йорк: Palgrave Macmillan; 2009 (<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2009>, доступ 27 августа 2014 г.).
3. С. Кумар, Джейн, Дж. Брюс. Оценка качества услуг в области планирования семьи в развивающихся странах. Нью-Йорк: Совет по народонаселению; 1989 г. (Рабочий документ отдела программ, № 2; <http://www.popline.org/node/369190>, доступ 4 сентября 2014 г.).
4. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Международный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г. (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, доступ 17 августа 2014 г.).
5. Х. Катсуи. В направлении к равенству. Создание движения людей с ограниченными возможностями в Центральной Азии. Хельсинки: Университет Хельсинки, Кафедра социальной политики и Института исследований в области развития, Хельсинкский университет; 2005 г. (<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/331/>, доступ 27 августа 2014 г.).
6. Решение Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A / RES / 61/106 о Конвенции о правах людей с ограниченными возможностями. Нью-Йорк: 2007 (<http://www.refworld.org/docid/45f973632.html>, доступ 27 августа 2014 г.).
7. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A / RES / 48/96 о стандартных правилах Организации Объединенных Наций по обеспечению равных возможностей для людей с ограниченными возможностями. Нью-Йорк: 1993 г. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>, доступ 27 августа 2014 г.).
8. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций резолюция A / RES / 66/2 о Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике и борьбе со неинфекционными заболеваниями. Нью-Йорк: 2011 г. (http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r66_en.shtml, доступ 27 августа 2014 г.).
9. Главные вопросы здравоохранения в Таджикистане, 2005 г. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2005 г. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/103600/E88393.pdf?ua=1, доступ 27 августа 2014 г.).
10. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИД 2012 года в Женеве: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС); 2012 г. (<http://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,76121,en.asp>, доступ 27 августа 2014 г.).
11. Н. Гросс, Глобальный опрос по вопросам ВИЧ / СПИДа и инвалидности. Нью-Хейвен, штат Коннектикут: Всемирный банк / Йельский Университет, 2004 г. (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Health-and-Wellness/HIVAIDS.pdf>, доступ 10 сентября 2014 г.).
12. Стратегия по улучшению уровня благосостояния населения Республики Таджикистан на 2013-2015 г.г. Душанбе: Республика Таджикистан; 2012 г. (http://www.tj.undp.org/content/dam/tajikistan/docs/legal_framework/UNDP_TJK_MidTermReview_eng.pdf, доступ 4 сентября 2014 г.).
13. Закон о социальной защите людей с ограниченными возможностями (№ 675 от 29 декабря 2010 г.) (на русском языке) (http://www.ilo.org/dyn/natlex/country_

-
- profiles.nationalLaw?p_lang=en&p_country=TJK, доступ 10 сентября 2014 г.).
14. Декларация по психическому здоровью в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 г. (EUR / 04/5047810/6; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2005/who-mental-health-declaration-for-europe>, доступ 4 сентября 2014 г.)
 15. План действий по охране психического здоровья в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 г. (EUR / 04/5047810/7; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/policy>, доступ 4 сентября 2014 г.)
 16. А. Гровер. Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья: Приложение: Миссия в Республику Таджикистане (24-31 мая 2012 года). Женева: Совет по правам человека Организации Объединенных Наций; 2013 г. (<http://www.refworld.org/docid/51a7406f4.html>, доступ 16 октября 2014 г.)
 17. Показатели международного развития 2012 года, Вашингтон, округ Колумбия: Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк; 2012 г. (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2012>, доступ 4 сентября 2014 г.)
 18. Таджикистан: Показатели мирового развития [база]. Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк; 2012 г. (<http://data.worldbank.org/country/tajikistan>, доступ 7 апреля 2014 г.)
 19. Совместный годовой обзор реализации Национальной стратегии здравоохранения (на период 2010-2020 г.г.) Республики Таджикистан на 2012-2013 г.г. Душанбе: Министерство здравоохранения; 2013 г.
 20. Г. Хаджимурадов, Б. Рейчел. Таджикистан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период. 2010 г.; 12 (2): 1-154 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/119691/E94243.pdf, доступ представлен 4 сентября 2014 г.)
 21. Статистический сборник сектора образования Республики Таджикистан на 2010-2011 учебный год. Душанбе: Министерство образования; 2011 г.
 22. Факты об инвалидности в мире труда. Женева: Международная организация труда; 2007 г. (http://www.ilo.org/asia/info/public/background/WCMS_098454/lang--en/index.htm, доступ 16 октября 2014 г.)
 23. Инвалидность, бедность и развитие (Исследовательский доклад). Лондон: Великобритания Департамент международного развития; 2000 г.
 24. Н.Н. Сон. Оценка программ социальной защиты в Таджикистане. Манила: Азиатский банк развития; 2011 г. (Азиатский банк развития, Серия рабочих документов № 274; <http://ssrn.com/abstract=1943271>; <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1943271>, доступ 4 сентября 2014 г.).
 25. Закон Республики Таджикистан о государственном бюджете на 2012 год (№ 766 от 8 ноября 2011 г.). Душанбе: Республика Таджикистан; 2011 г.
 26. Здравоохранение в Республике Таджикистан. Душанбе: Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан; 2013 г.
 27. Таджикистан в цифрах 2013 г. Душанбе: Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан; 2013 г. (на русском языке).
 28. Социально-экономическое положение Республики Таджикистан, январь-декабрь 2012 года в Душанбе: Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан при Президенте Республики Таджикистан; 2012 г.

-
29. Таджикистан: оценка бедности. Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк; 2009г. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2009/12/11664677/tajikistan-poverty-assessment>, доступ 16 октября 2014 г.)
 30. Социально-экономическое положение Республики Таджикистан, январь-декабрь 2013 года в Душанбе: Статистическое агентство при Президенте Республики Таджикистан при Президенте Республики Таджикистан, 2014 г.
 31. Черты бедности в бедности в Таджикистане нет. Pressa.tj [сайт], 25 января [2011 года] (<http://www.pressa.tj/news/cherty-bednosti-v-tadzhikistane-net>, доступ 10 сентября 2014 г.) (на русском языке).
 32. Техническая помощь в поддержку секторальной политики в секторе социальной защиты - компонент оказания услуг, Таджикистан (реализуется консорциумом во главе «Oxford Policy Management Ltd»., 2009-2013 г.г.)
 33. Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на период 2013-2020 г.г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, доступ 12 сентября 2014 г.)
 34. Международная статистика здравоохранения 2012 года Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/, доступ 12 сентября 2014 г.)
 35. Стратегия по предупреждению и борьбе с неинфекционными заболеваниями и травматизмом в Республике Таджикистан на период 2013-2023 г.г. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты, 2013 г.
 36. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2012 года в Женеве: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС); 2012 г.
 37. Республиканский центр СПИД, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, январь 2014 года.
 38. Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, Всемирная организация здравоохранения, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу. Инвалидность и аналитическая записка о ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf, доступ 1 октября 2014 г.)
 39. Международная программа литосферы. Глобальная сейсмическая карта опасностей [сайт] (<http://www.seismo.ethz.ch/static/GSHAP/>, доступ 1 октября 2014 г.)
 40. Европейское региональное бюро ВОЗ, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. Оценка состояния здоровья в Таджикистане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г.
 41. ВОЗ, СВМ, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Международной организации по миграции, ЮНИСЕФ, Управления Организации Объединенных Наций по уменьшению опасности бедствий. Руководство записка по инвалидности и управления в чрезвычайных ситуациях риска для здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г.
 42. Программа женщин ООН, Бюро по правам человека и соблюдению законности, Иштирок. Реализация прав людей с ограниченными возможностями в Согдской области Республики Таджикистан. Душанбе: Бюро по правам человека и соблюдению законности; 2012 г.

-
43. Дети и инвалидность в переходной экономике в регионе ЦВЕ / СНГ и Балтии. Флоренция: Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2004 г. (<http://www.unicef.org/ceecis/Disability-eng.pdf>, доступ 20 сентября 2014 г.)
 44. Доклад об оценке социальной помощи в домашних учреждениях в приоритетных районах Республики Таджикистан. Душанбе: Министерство труда и социальной защиты населения, ЮНИСЕФ, Фароштурук; 2011 г.
 45. Потребности людей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан – аналитический отчет. Душанбе: Министерство здравоохранения; 2013 г.
 46. С. Кукурулло, редактор. Обзор совета физической медицины и реабилитации. Нью-Йорк: Демос; 2004 г.
 47. Ситуационный отчет об оценке мобильных устройств и инвалидных колясок в Таджикистане. Душанбе: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г.
 48. Всемирная организация здравоохранения, Международное общество протезирования и ортопедии, Агентство США по международному развитию. Рекомендации ВОЗ по предоставлению ручных инвалидных колясок в условиях ограниченных ресурсов. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (<http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/>, доступ 2 октября 2014 г.)
 49. Общинная реабилитация: принципы общинной реабилитации. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>, доступ 2 октября 2014 г.)
 50. Р.Л. Меттс. Проблемы инвалидности, тенденции и рекомендации Всемирного банка. Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк; 2000 г. (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172606907476/DisabilityIssuesMetts.pdf>, доступ 2 октября 2014 г.)
 51. С. Бакап. Цена исключения: экономические последствия исключения людей с ограниченными возможностями из мира работы. Женева: Международное бюро труда; 2009 (Рабочий документ о занятости № 43; http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_119305.pdf, доступ 2 октября 2014 г.)

Приложение 1. Терминология сферы реабилитации

Основные вопросы, связанные с терминологией, используемой в практике реабилитации, были изучены в рамках ситуационного анализа, а также определяющие черты в Республике Таджикистан и во всем мире. Один вопрос, который может создать значительное замешательство, заключается в языке, обычно используемом в сфере профессиональной реабилитации. Концепции и определение таких терминов, как «инвалидность», «интеграция», «охват», «реабилитация», «физиотерапия» и «трудотерапия» являются проблематичными в Таджикистане в связи с их частым применением с разным смыслом. Например, иногда не делается различие между «инвалидностью» и «нарушением», либо эти термины используются в ненадлежащем контексте.

Точность и однозначность в научной, технологической и предметно-профильных условиях необходимы для обмена информацией и взаимопонимания между предметными специалистами. Кроме того, быстрый прогресс в науке и методологии требуют существования строгих правил и более быстрой стандартизации языка. Это важно для глоссария широко используемых терминов в сфере инвалидности и реабилитации, который будет разработан в Республике Таджикистан. Однозначное определение терминов, принятое всеми вовлеченными специалистами, может усилить междисциплинарное сотрудничество и оказать положительное влияние на политику, развитие кадрового потенциала и услуг для людей с ограниченными возможностями.

Таблица, представленная ниже, определяет и объясняет ряд основных терминов сферы реабилитации, цитируя соответствующие ссылки из таджикского законодательства и/или международных источников.

Термин	Законодательство Республики Таджикистан/ ссылки	Международные ссылки
Вспомогательные устройства/ технологии	Отсутствуют	<p>Любой элемент оборудования или продукта, в том числе приобретаемое на коммерческой основе, измененное или настроенное, которое используется для увеличения, поддержания или улучшения функциональных возможностей людей с ограниченными возможностями. Общие примеры включают костыли, трости для прогулки, лупы, ходунки, инвалидные коляски, трехколесные велосипеды, самокаты, фиксаторы, такие как кронциркули, скобы и шины, а также протезы, в частности искусственные ноги (1).</p> <p>Вспомогательные технологии также включают доступные/вспомогательные информационные и коммуникационные технологии, например JAWS для чтения с экрана, специальные компьютеры или мобильные телефоны</p>

<p>Общинная реабилитация</p>	<p>Отсутствуют</p>	<p>Стратегия в рамках общего развития общин, направленная на реабилитацию, обеспечение равных возможностей, сокращение бедности и социальную интеграцию людей с ограниченными возможностями. Общинная реабилитация осуществляется путем совместных усилий самих лиц, их семей, организаций и общин, а также государственных и негосударственных медицинских, образовательных, профессионально-технических, социальных и других служб(1).</p>
<p>Инвалидность</p>	<p>Инвалидность является ограничением жизнедеятельности человека в результате инвалидности, с серьезной дисфункцией организма (2).</p> <p>Инвалидность является полной или частичной утратой человеком способностей или возможностей по: самообслуживанию, самостоятельному передвижению, самостоятельной ориентации, общении, контролированию своего поведения, учебы и/или занятия трудовой деятельностью.</p> <p>Существуют две модели инвалидности:</p> <p>а) индивидуальная модель (медицинский подход), в результате чего лицо с ограниченными возможностями считается: пациентом, больным, остро нуждающимся в медицинской помощи и не способным в полной мере принимать участия в общественной жизни (это восприятие было распространено в бывшем Советском Союзе). Основной характеристикой этой модели является разделение: отделение людей с ограниченными возможностями от основной части общества и создания специализированных интернатных учреждений для них.</p> <p>б) социальная модель, в рамках которой лицо с ограниченными</p>	<p>ВОЗ определяет инвалидность в качестве контекстной переменной, динамичной с течением времени и в зависимости от обстоятельств. Индивид имеет инвалидность в большей или меньшей степени на основе взаимодействия между ним и индивидуальной, институциональной и социальной средой. Инвалидность является общим термином, охватывающим нарушения, ограничения активности и ограничения участия. Нарушение является проблемой функционирования тела или структуры; ограничение деятельности является сложностью, с которой сталкиваются лица при выполнении задачи или действия; в то время как ограничение участия является проблемой, с которой сталкиваются личности при участии в жизненных ситуациях. Следовательно, инвалидность, является не только проблемой здоровья. Это сложное явление, отражающее взаимодействие между особенностями тела человека и особенностями общества, в котором он живет. Преодоление трудностей, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями, требует вмешательства в устранении экологических и социальных барьеров (4). Инвалидность может быть описана на трех уровнях: тело (нарушение функции тела или структуры), человек (ограничения активности) и общество (ограничение в участии) (1)].</p>

	<p>возможностями воспринимается как: обычный человек; работающий в рабочей среде; обучающийся наравне вместе с другими; живущий полной жизнью и получающий те же услуги, что и другие члены общества. Главной особенностью этой модели является интеграция - создание равных возможностей для жизнедеятельности и развития лиц с ограниченными возможностями в обществе. Такой комплексный подход также означает создание [благоприятных] условий для обучения и труда для людей с ограниченными возможностями.</p> <p>[Перевод с (3)]</p>	
<p>Обеспечение равных возможностей, интеграция и инклюзивное общество</p>	<p>Интеграция является универсальным понятием, которое включает в себя множество других понятий, связанных с развитием, унификацией и восстановлением целостности. Ее ядром является оптимизация разнородных компонентов в единую целостную систему, которая имеет потенциал для развития. Интеграция достигается путем социализации и реабилитации лиц, больных. Например, интеграция детей с ограниченными возможностями рассматривается как их интеграция в общество; развитие межличностных отношений в целях максимальной нормализации их социального и культурного статуса; процессы и результаты, направленные на обеспечение реализации своих прав; возможности участия во всех типах и формах общественной жизни наравне с другими членами общества, в условиях, которые компенсируют нарушения развития или</p>	<p>Обеспечение равных возможностей: процесс, посредством которого различные системы общества и окружающей среды, в том числе услуги, деятельность, информация и документация, которые становятся доступной для всех, особенно для лиц с ограниченными возможностями (1).</p> <p>Инклюзивное общество: которое свободно включает любое лицо с ограниченными возможностями без ограничений (1).</p>

	<p>инвалидности. [Перевод с ((3)]</p>	
<p>Трудотерапия</p>	<p>Специалисты, образующие эту профессиональную группу, стремятся к улучшению качества жизни человека и обеспечения как можно большую независимость его/ее жизни от помощи других.</p> <p>Направления деятельности этих специалистов включают детей, подростков, взрослых и пожилых людей с определенными дисфункциями, вызванными болезнью, травмой или врожденным нарушением, которые ограничивают или могут ограничивать их деятельность и участие в повседневной жизни.</p> <p>В своей работе специалисты используют различные методы, приемы и инструменты, направленные на восстановление утраченных функций и адаптации к окружающей среде. Работа может быть выполнена индивидуально или в группах (5).</p> <p>Трудотерапия является многопрофильной профессией, которая использует знания из разных научных дисциплин, а именно медицины, педагогики, психологии, социальной педагогики, социальной работы, биомеханики, физиотерапии. Трудотерапия изучает различные мероприятия, которые сопровождают каждого человека на протяжении всей жизни (повседневная деятельность, трудовая деятельность, продуктивность, деятельности в течение игры, отдыха и хобби). Основная цель трудотерапии заключается в максимально возможном восстановлении человеческого потенциала в обеспечении самостоятельной жизни, независимо от нарушения,</p>	<p>Всемирная федерация трудотерапевтов определяет трудотерапию в качестве «медицинской профессии, сфокусированной на клиента, связанной с укреплением здоровья и благополучием через профессию. Основная цель трудотерапии заключается в обеспечении людей возможностью участия в повседневной жизни. Специалисты в сфере трудотерапии достигают этого результата, работая с людьми и общинами для улучшения их способности принимать участие в занятиях, которые они хотят, в которых нуждаются, или, как ожидается, выполнят, или путем изменения профессии или окружающей среды с целью улучшения поддержки их профессионального участия (6)</p>

	<p>инвалидности и/или ограниченного участия в общественной жизни.</p> <p>[Перевод с (3)]</p>	
<p>Физическая медицина и реабилитация</p>	<p>Отсутствуют</p>	<p>Физическая медицина и реабилитация, также называемая физиатрией, является сферой медицины, где усиленное внимание уделяется вопросам профилактики, диагностики и лечения расстройств - в частности, связанных с нервами, мышцами, костями и мозгом, что может привести к временной или постоянному нарушению (7).</p> <p>Специалисты в сфере физической и восстановительной медицины оказывают услуги по диагностике состояния здоровья, оценке функционирования и предписывают медицинские и технологические мероприятия, которые лечат состояние здоровья и оптимизируют функциональные способности (1).</p>
<p>Физиотерапия</p>	<p>Специалисты, образующие данную профессиональную группу, максимально стремятся к развитию, поддержать и восстановить активность, мобильность и функциональность лица или группы лиц.</p> <p>Направления деятельности этих специалистов охватывают детей, подростков, взрослых и пожилых людей с дисфункциями организма, вызванными болезнью, травмами или врожденными заболеваниями, которые ограничивают или могут ограничивать их деятельность и участие в повседневной жизни.</p> <p>Направлениями деятельности физиотерапии являются здоровье человека, функциональная двигательная способность и мобильность, а также способность человека функционировать и адаптироваться к изменяющимся условиям окружающей среды.</p> <p>Физиотерапевты работают в тесном сотрудничестве с индивидами, их семьями и родственниками, а также медицинскими и социальными работниками.</p>	<p>Физиотерапия предоставляет услуги индивидам и населению с целью развития, поддержки и восстановления максимальной двигательной и функциональной способности на протяжении всей жизни. Сюда входит предоставление услуг в условиях, когда двигательная способность и функции находятся под угрозой старения, травмы, боли, болезней, расстройств, условий или факторов окружающей среды. Функциональная двигательная способность занимает центральное место в обеспечении здоровья. Физиотерапия связана с определением и максимизацией качества жизни и двигательного потенциала в рамках укрепления здоровья, профилактики, лечения/вмешательств, подготовки к определенному роду деятельности и реабилитации, что предусматривает обеспечение физического, психологического, эмоционального и социального благополучия. Физиотерапия предполагает взаимодействие между физиотерапевтом, больным/клиентами, иными медицинскими работниками, семьей, воспитателями и общинами в процессе, в котором оценивается двигательный потенциал и цели, согласованные с использованием знаний и навыков, уникальным для физиотерапевтов (8).</p>

	<p>В основном, физиотерапевты используют активное, функциональное движение, инициируемое индивидом.</p> <p>Республиканский классификатор профессий предоставляет следующее описание:</p> <p>[Физиотерапия] является деятельностью, которая использует физические (природные) методы воздействия на клиентов, а именно движение, мануальное лечение, массаж, рефлексотерапия и действие тепла, света, высоких ультразвуковых частот и воды.</p> <p>Основные методы, используемые физиотерапевтами, основаны на движении.</p> <p>Сфера физиотерапевтической практики направлена на оказание помощи лицам с функциональными ограничениями, в основном активности. Они могут быть врожденными или приобретенными, временными, прогрессирующими или непрогрессирующими, они могут быть связаны с травмами или болезнями, но в любом случае они влияют на деятельность человека и его/ее способность быть независимым в повседневной жизни (3).</p>	
<p>Протезирование и ортопедия</p>	<p>Отсутствуют</p>	<p>Протезирование и ортопедия нацелены на обеспечение протезно-ортопедической помощи и других средств передвижения для улучшения функций у лиц с физическими нарушениями. Ортопедическая помощь включает внешние устройства, предназначенные для поддержки, выпрямления или улучшения функционирования части тела; протезирование предусматривает искусственную внешнюю замену части тела (1).</p>
<p>Реабилитация</p>	<p>Реабилитация лиц с ограниченными возможностями является системой и процессом</p>	<p>Почти все профессиональные организации ссылаются на описание реабилитации в положениях Конвенции о правах инвалидов: [Государства-члены принимают эффективные</p>

	<p>полного или частичного восстановления лица с ограниченными возможностями до потребительской, социальной и профессиональной активности с целью их социальной адаптации; достижения финансовой независимости и интеграции в обществе (2).</p> <p>[Реабилитация является] комплексом медицинских, психологических, педагогических, социальных, профессиональных, юридических мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных социальных связей и отношений лицом в результате изменений в: состоянии здоровья; социального статуса; потери близких; потери определенных профессиональных навыков; социальной дис-адаптации и т.д., что сопровождается долгосрочной нарушением функций организма (инвалидности), возникновением болезни, лекарственной или/и алкогольной зависимости; потери социального статуса, работы, жилья и т.д.</p> <p>Реабилитация [направлена на] быстрое и полное восстановление функций личности.</p> <p>Деятельность в сфере медицинской реабилитации направлена на лечение, диагностику и восстановление (особенно после травм, инфарктов, инсультов, операций или лечения алкогольной и наркотической зависимости).</p> <p>Психологическая реабилитация направлена на восстановление психического состояния, разрушенного травматическими событиями различного типа.</p> <p>Социальная реабилитация</p>	<p>и надлежащие меры], чтобы лица с ограниченными возможностями для достижения и поддержки максимальной независимости, полноценных физических, психических, социальных и профессиональных способностей, полного охвата и участия во всех аспектах жизни ... [для] организации, укрепления и расширения реабилитации и реабилитационных услуг и программ, особенно в области здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания с тем, чтобы эти услуги и программы:</p> <p>а. были начаты на самой ранней стадии и основаны на многопрофильной оценке индивидуальных потребностей и способностей;</p> <p>б. оказали поддержку участия и включение в общину и во все аспекты жизни общества, являясь добровольными и доступны для лиц с ограниченными возможностями как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельской местности (Статья 26, и реабилитация) (9).</p> <p>в. Комплекс мер, который помогает лицам, имеющим инвалидность, или могущим столкнуться с инвалидностью, в достижении и поддержке оптимального функционирования во взаимодействии со своим окружением (1).</p> <p>Европейский Совет физической и реабилитационной медицины определяет реабилитацию в качестве «независимой медицинской специальности, целью которой является содействие в реализации интеллектуального и физического функционирования (в том числе поведения) и социального участия (что включает качество жизни). Это может быть достигнуто с помощью различных мер, в том числе модификации личных аспектов и факторов окружающей среды [...] Реабилитация предусматривает профилактику, диагностику и лечение, а также предоставление вспомогательных устройств и средств передвижения». (10)</p>
--	--	---

	<p>направлена на восстановление социального опыта и связей, норм поведения, навыков общения, эмоциональной стабильности, активной социальной жизни, возобновления социального статуса.</p> <p>Педагогическая реабилитация направлена, прежде всего, на обновление навыков обучения, самообслуживания и самосовершенствования.</p> <p>Профессиональная реабилитация ориентирована на восстановление профессиональных навыков и компетенции, необходимых для возвращения на рынок труда и занятости (3).</p>	
Социальный работник	Отсутствуют	<p>Профессия социального работника способствует осуществлению социальных изменений, решения проблем в человеческих отношениях, расширению прав и освобождения людей с целью повышения благосостояния. Используя теории человеческого поведения и социальных систем, социальная работа внедряется в сферы, где люди взаимодействуют с окружающей их средой (11).</p> <p>Профессиональные социальные работники восстанавливают или усиливают потенциал отдельных лиц или групп в надлежащем функционировании в обществе, а также помогают обществу в решении своих потребностей (1).</p>
Логопедия и языковая терапия	Отсутствуют	<p>Логопедия является профессией, смежной с медициной, которая оценивает и регулирует речевые навыки, язык и проблемы коммуникации среди людей всех возрастов для оказания им помощи в улучшении общения (12). [Логопедия] направлена на восстановление способности эффективного общения, а также безопасного и эффективного глотания (1).</p>

Приложение 1 Ссылки

1. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Международный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г. (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, обращались 17 августа 2014).
2. Закон о социальной защите инвалидов (№ 675 от 29 декабря 2010 года) (на русском языке) (http://www.ilo.org/dyn/natlex/country_profiles.nationalLaw?p_lang=en&p_country=TJ К, доступ представлен 10 Сентябрь 2014 г.).
3. Бахромбеков Б.А. и др. Таджикско-русский энциклопедический словарь терминов по социальной работе, 2-е изд. Душанбе: ООО Контраст; 2013 г.
4. Инвалидность: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>, доступ представлен 12 октября 2014 г.);
5. Научно-исследовательский институт труда и социальной защиты населения. Республиканский классификатор профессий, 2-е изд. Душанбе: ООО «Контраст»; 2013 г.;
6. Определение трудотерапии. Форрестфилд, Австралия: Всемирная федерация трудотерапии, 2010г. (<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>, доступ представлен 12 октября 2014 г.);
7. О физической медицины и реабилитации. Американская академия физической медицины и реабилитации [веб-сайт]. Роземонт: Американская академия физической медицины и реабилитации; 2014 (<http://www.aapmr.org/patients/aboutpmr/Pages/default.aspx>, доступ представлен 12 октября 2014) г.;
8. Программное заявление: описание физической терапии. Лондон: Всемирная конфедерация по физиотерапии; 2013 (<http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>, доступ представлен 12 октября 2014 г.);
9. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций/RES/61/106 на Конвенции о правах инвалидов. Нью-Йорк: 2007 (<http://www.refworld.org/docid/45f973632.html>, доступ представлен 27 августа 2014 г.);
10. Раздел UEMS-PRM. Определение физической и реабилитационной медицины (можно получить: www.euro-prm.org, доступ представлен 16 октября 2014 г.);
11. Определение социальной работы. Базель: Международная федерация социальных работников; 2012 (<http://ifsw.org/policies/definition-из-социал-work/>, доступ представлен 14 октября 2014 г.);
12. Определение логопедии. Лондон: Королевский колледж логопедов; 2014 (взято из <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/allied-health-professions/careers-in-the-allied-health-professions/speech-and-language-therapist/>, доступ представлен 16 октября 2014 г.).

Приложение 2. Обзор и анализ существующего законодательства

Цель и задачи анализа

Целью анализа законодательства и практики (при их наличии и определении) является предоставление обзора нынешней ситуации в сфере реабилитационных услуг. Законодательство об услугах реабилитации включает три категории юридических документов: комплексная законодательная база, законы и вторичное законодательство в области реабилитации.

Таджикистан является участником более 60 международных договоров, признающих право на здоровье. К ним относятся Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, а также первый Факультативный протокол, Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенция о правах ребенка и ее первые два факультативных протокола, Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их Семьи и Конвенция о запрещении применения, накопления запасов, производства и передачи противопехотных мин и об их уничтожении (Конвенции о запрещении мин).

Ниже представлено перечисление и краткое описание основных законов и подзаконных актов, являющихся ключевыми в секторах здравоохранения и образования, а также услуги по социальной защите.

<p>Законодательная база</p>
<p>Долгосрочное заявление о видении развития страны заявляет: «укрепление социальной и политической стабильности, достижение экономического процветания и социального благополучия народа Таджикистана в условиях главенства принципов рыночной экономики, свободы, человеческого достоинства и равных возможностей для каждого человека в осознании своего потенциала». Национальные цели и приоритеты разработаны и реализуются на основе этой декларации видения</p>
<p>Конституция Республики Таджикистан защищает права лиц с ограниченными возможностями, с изложением их прав на медицинское обслуживание, образование, социальное обеспечение, жилье и досуг, а также обеспечение их равенства в обществе. Согласно Конституции 1994 года, каждый человек, в том числе люди с ограниченными возможностями, должен рассматриваться одинаково и имеет право на все услуги, гарантированные государством.</p>
<p>Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2015 года – Будучи основным стратегическим документом Республики Таджикистан, Национальная стратегия развития определяет приоритеты и общие направления государственной политики, которая ориентирована на достижение устойчивого экономического роста, облегчение доступа населения к базовым социальным услуги и снижение уровня бедности. Она включает в себя следующие разделы: развитие системы здравоохранения, системы образования и науки; расширение доступа к водоснабжению, санитарным и жилищно-коммунальным услугам; совершенствование социальной защиты населения; поощрение гендерного равенства; а также обеспечение экологической устойчивости. Национальная стратегия развития признает, что «организация существенных вспомогательных услуг для взрослых лиц с ограниченными возможностями, пожилых людей и детей с ограниченными возможностями ... не соответствует общепринятым стандартам». Стратегия также отмечает, что «влияние существующих методов социальной защиты на снижение бедности уязвимых слоев населения является незначительным». Стратегия в частности, упоминает важность охвата уязвимых групп, но без углубления в подробности.</p>
<p>Законодательные документы – медицинская помощь</p>

<p>Национальная стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 г.г. (Закон № 368, от 2 августа 2010 г.) - Гарантии равного доступа к медицинским учреждениям и управление здоровьем населения, с максимальным охватом индивидуальных потребностей и рисков для здоровья. Тем не менее, она не решает проблемы, связанные с реабилитацией или инвалидностью.</p>
<p>Национальная программа по предупреждению травм и модернизация медицинской помощи в случае травм и ее последствий в Республике Таджикистан на период 2010-2015 г.г. (Закон № 224, от 3 мая 2010 г.) - Эта программа демонстрирует, что травматизм занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности, его распространенность увеличивается. Программа также подчеркивает, что все больные с травмами, без исключения, должны пройти реабилитацию.</p>
<p>Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета на период 2012-2017 г.г. (Закон № 310, от 3 апреля 2012 г.) – Настоящая программа направлена на обеспечение качественных изменений в сфере предоставления медицинских услуг, в том числе скорой медицинской помощи для больных сахарным диабетом, предоставление специализированной помощи и доступное лечение; а также профилактика, диагностика и лечение больных сахарным диабетом. Она также направлена на содействие в охране здоровья населения, снижения риска приобретения инвалидности и снижения смертности среди этой группы населения. Тем не менее, программа не охватывает потребности в реабилитации лиц, страдающих диабетом.</p>
<p>Законодательные документы – образование</p>
<p>Национальная концепция инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями на 2011-2015 г.г. (Закон № 228, от 30 апреля 2011 г.) - Концепция гарантирует равные возможности для всех студентов (на всех уровнях) и высокое качество образования независимо от пола, социального или экономического статуса, этнической принадлежности, расы, географического положения, необходимости специального образования, возраста или религии. Основанием для инклюзивного образования является право на образование с раннего детства до взрослой жизни. Тем не менее, концепция не предусматривает плана действий или плана мониторинга и оценки.</p>
<p>Законодательные документы – социальная защита</p>
<p>Концепция социальной защиты населения Республики Таджикистан (Закон № 783, от 29 декабря 2006 года) - Гарантии реализации права граждан на труд и социальную защиту, гарантированную Конституцией, а также рационализация и оптимизация условий предоставления социальных пособий и пенсий. Концепция определяет, что основные социальные гарантии граждан подлежат сохранению и реализации, например, право на государственную пенсию в случае инвалидности, при достижении пенсионного возраста, потери кормильца и в других случаях, определенных законом. Документ концепции связан с вопросами труда и миграции, социальных пособий и пенсий, занятости, вопросами безработицы и заработной платы, и тем самым ограничивая охват и проведение реформ в целом. Социальные услуги и социальная помощь (с точки зрения провайдера услуг или пользователя услуг), развитие кадрового потенциала, деинституционализация, улучшение предоставления услуг и т.д. не рассматриваются. Кроме того, Концепция не отражает вопросы внутриотраслевого и межотраслевого взаимодействия и не предусматривает планы мониторинга и оценки.</p>
<p>Закон Республики Таджикистан о социальных услугах (Закон № 359, от 5 января 2008 г.) – Настоящий закон определяет, что дети и молодые люди, беременные женщины, пожилые люди и лица с ограниченными возможностями, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, обладают приоритетом в предоставлении услуги социального обеспечения. Это гарантирует право на эти услуги, доступ к информации о них, согласие или отказ от них, а также конфиденциальность информации. Он также определяет права лиц (в том числе детей и молодых людей с ограниченными возможностями) в учреждениях жилищно-санитарной помощи социальных служб. Хотя Закон связан с образовательными и медицинскими услугами, он не содержит каких-либо упоминаний о конкретном механизме взаимодействия социальных служб, образовательных или медицинских учреждений. Кроме того, Закон не определяет орган, ответственный за общую координацию и реализацию Закона, не предусматривает планов реализации и мониторинга, а также не представляет ответственные министерства.</p>
<p>Закон Республики Таджикистан о социальной защите инвалидов (Закон № 675, от 29 декабря 2010 г) – Данный закон является основным законодательным актом, охватывающий вопросы инвалидности в Республике Таджикистан. Он определяет действия, связанные с медико-социальной экспертизой, социальные пособия лицам с ограниченными возможностями; средства и технику;</p>

санаторно-курортное лечение для лиц с ограниченными возможностями; доступность в сфере строительства; доступ к образованию (в том числе домашнему образованию) и профессиональной подготовке; к подготовке и обучению в учреждениях жилищно-санитарной помощи; язык жестов; доступ к занятости; транспортные пособия для лиц с ограниченными возможностями; помещения, связанные коммунальные и налоговые льготы, предоставляемые лицам с ограниченными возможностями. Закон обеспечивает основу для включения людей с ограниченными возможностями с целью использования широкого спектра услуг. Тем не менее, он не предусматривает достаточное число механизмов и процедур реализации указанных прав. Эта неопределенность приводит к неправильному толкованию и несоблюдению положений Закона. Кроме того, Закон предусматривает сотрудничество между министерствами, но не назначает министерство, отвечающее за координацию, реализацию и мониторинг Закона, а также обеспечение контроля над ресурсами

Закон Республики Таджикистан о пенсиях для граждан Республики Таджикистан (Закон № 853, от 3 июля 2012 г.) - Настоящий Закон гарантирует право на материальное обеспечение в старости и в других случаях, предоставление трудовых и социальных пенсий. Закон гарантирует социальную защищенность пенсионеров путем предоставления пенсий на уровне прожиточного минимума. Пенсии по инвалидности назначаются в случае потери трудоспособности в результате в полной или частичной утраты функциональной способности вследствие травмы или профессионального заболевания, общих заболеваний (в том числе травмы, не связанной с работой и врожденная инвалидность); а также заболевания, возникающие во время военной службы.

Иные законы и положения, связанные с лицами с ограниченными возможностями, включают:

- Постановление Правительства за № 221 от 2 июля 2005 года о социальной защите лиц с ограниченными возможностями, распространенности инвалидности и пути снижения;
- Постановление Правительства за № 463 от 3 октября 2006 года об утверждении Перечня специализированных препаратов для личного пользования для инвалидов, поставка и импорт которых освобождены от налога на добавленную стоимость (с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Республики Таджикистан за № 346 от 1 июля 2010 г.);
- Закон о жалобах граждан Республики Таджикистан от 2010 г. обеспечивает доступ для лиц с ограниченными возможностями формальным законным механизмом подачи жалоб для решения своих проблем и защите их прав;
- Кроме того, Положение от 2009 г. о регулировании социальной помощи на дому позволяет сотрудникам предлагать услуги детям с ограниченными возможностями в своих домах. Однако персонал еще не обладает навыками, необходимыми для работы с взрослыми и детьми с ограниченными возможностями. Кроме того, распределение ресурсов в социальной помощи на дому недостаточно для охвата существующих потребностей. В результате, эти отделения не могут добраться до всех лиц с ограниченными возможностями, нуждающихся в помощи

Общие выводы

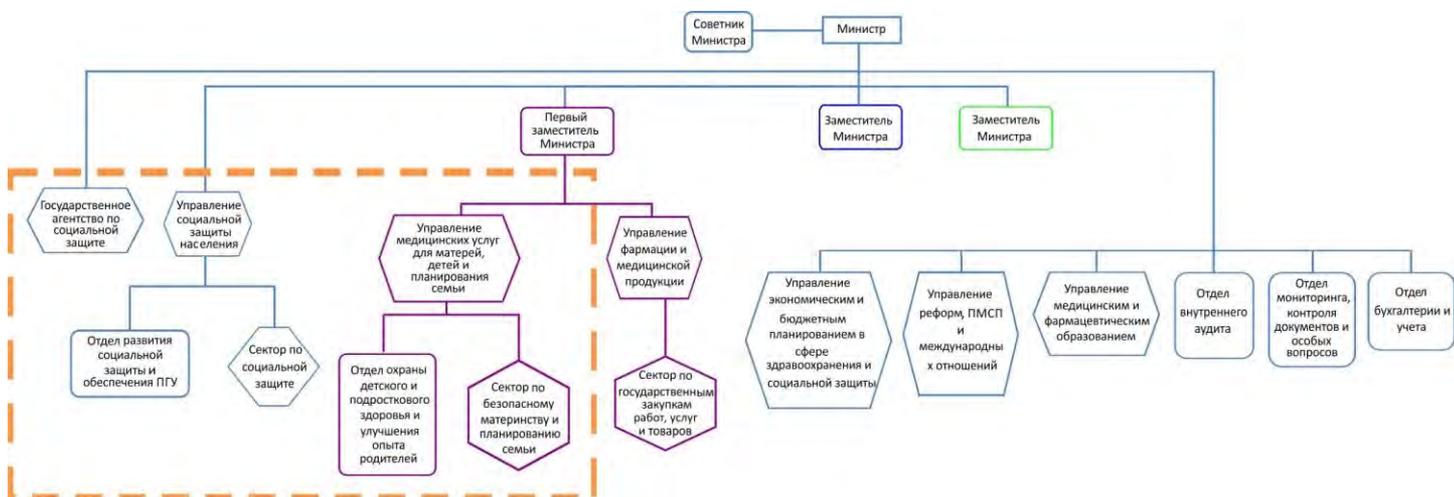
Обзор стратегических документов и законодательство в сфере реабилитации лиц с ограниченными возможностями выявила пробелы, противоречия и другие проблемы в системе в Республике Таджикистан. При существовании законодательства по социальной защите людей с ограниченными возможностями, национальная политика или план по инвалидности отсутствуют, а сектор по инвалидности до сих пор не имеет возможности обеспечения эффективного содействия во включении и реализации прав и потребностей инвалидов. Основные проблемы, связанные с реализацией политики и законодательной базы в реабилитационном секторе, включают.

- Отсутствие общей национальной стратегии по инвалидности с изложением обобщенного и всестороннего долгосрочного видения об улучшении благосостояния лиц с ограниченными возможностями;
- Большинство законодательных актов не предусматривает планы по реализации и мониторингу, а также сроки реализации;

- Подзаконные акты (т.е. реализующие законы) только разработаны, при непосредственном упоминании и закреплении за конкретным государственным органом; в противном случае закон остается лишь декларацией, так как он не поддерживается внедрением механизмов.
- Отсутствие правовой основы для оценки индивидуальных потребностей с участием лиц с ограниченными возможностями и отсутствие индивидуальных планов по уходу, на основе которых должны быть предусмотрены конкретные индивидуальные комплексы реабилитационных услуг;
- Финансирование реабилитационных услуг на основе существующих организаций, предоставляющих услуги, и размера их помещений и персонала, а не потребностей (пользователи услуг и необходимые конкретные услуги), существующих на данной территории, что делает выделение средств неэффективным и ограничивает охват реабилитационными услугами;
- Неясно, какое учреждение или министерство несет ответственность за вопросы координации, принятия решений, реализацию положений законов или механизмы контроля и отчетности.

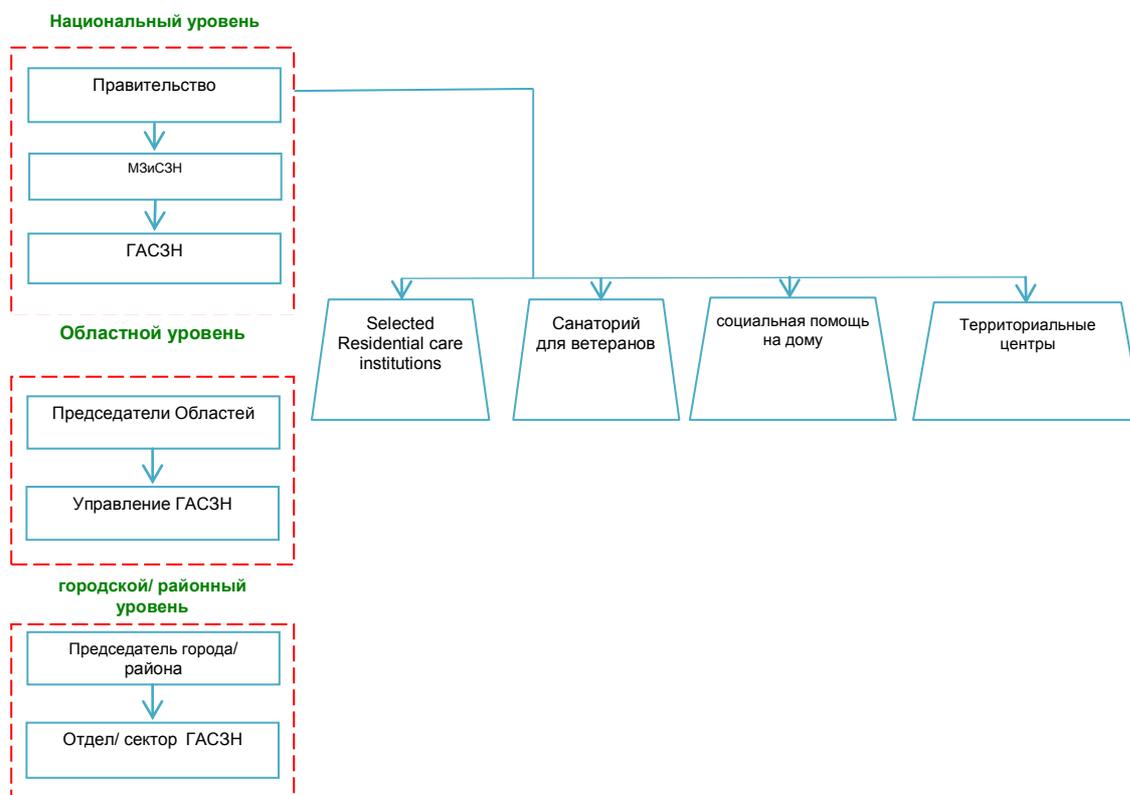
В свете последних изменений в государственных министерствах и включения сферы социальной защиты в ведение Министерства здравоохранения представляется крайне важным разработать национальную стратегию по инвалидности совместно с планом действий. Стратегия должна установить приоритеты, цели, действия, а также временные рамки для реализации, распределения ответственности среди соответствующих министерств или ведомств с указанием необходимых ресурсов. Национальная стратегия по инвалидности должна быть основана на принципах и соответствовать духу Конвенции о правах инвалидов и основных законов Республики Таджикистан. Кроме того, рекомендуется проведение пересмотра и внесение изменения Закона Республики Таджикистан о социальной защите лиц с ограниченными возможностями (2010 г.) с целью обеспечения комплексного закона о правах лиц с ограниченными возможностями. Данный закон должен охватить все соответствующие секторы – здравоохранение, реабилитацию, социальную защиту, образование и труд - и указать механизмы координации, принятия решений, регулярного мониторинга и отчетности и контроля ресурсов.

Приложение 3. Структура Министерства здравоохранения и социальной защиты населения



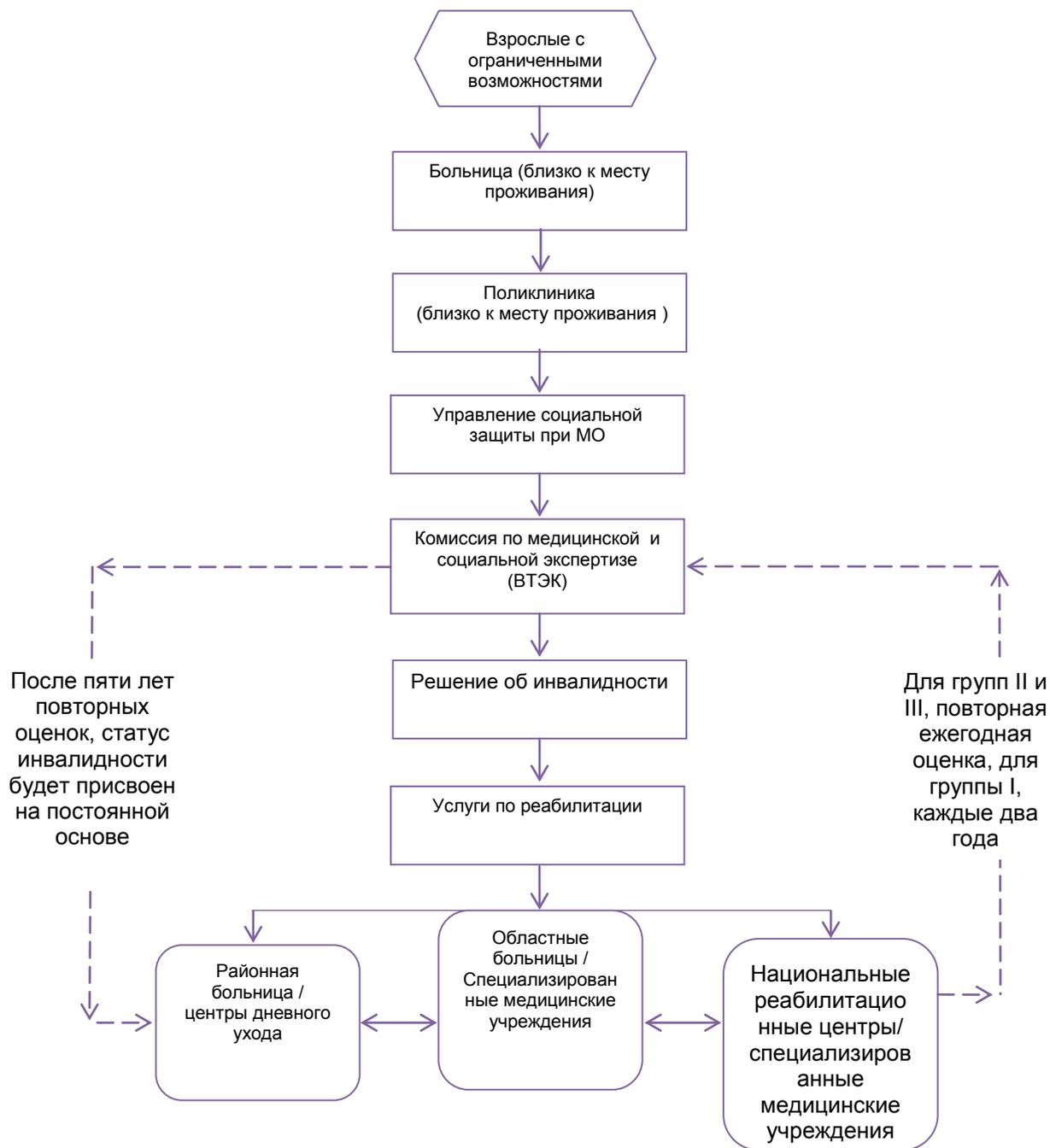
Пунктирной линией выделены департаменты и агентства, курирующие вопросы инвалидности и реабилитации, в рамках Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

Приложение 4. Структура Государственного агентства по социальной защите населения



МЗиСЗН РТ: Министерство здравоохранения и социальной защиты
ГАСЗН: Государственное агентство по социальной защите населения
СПД: социальная помощь на дому

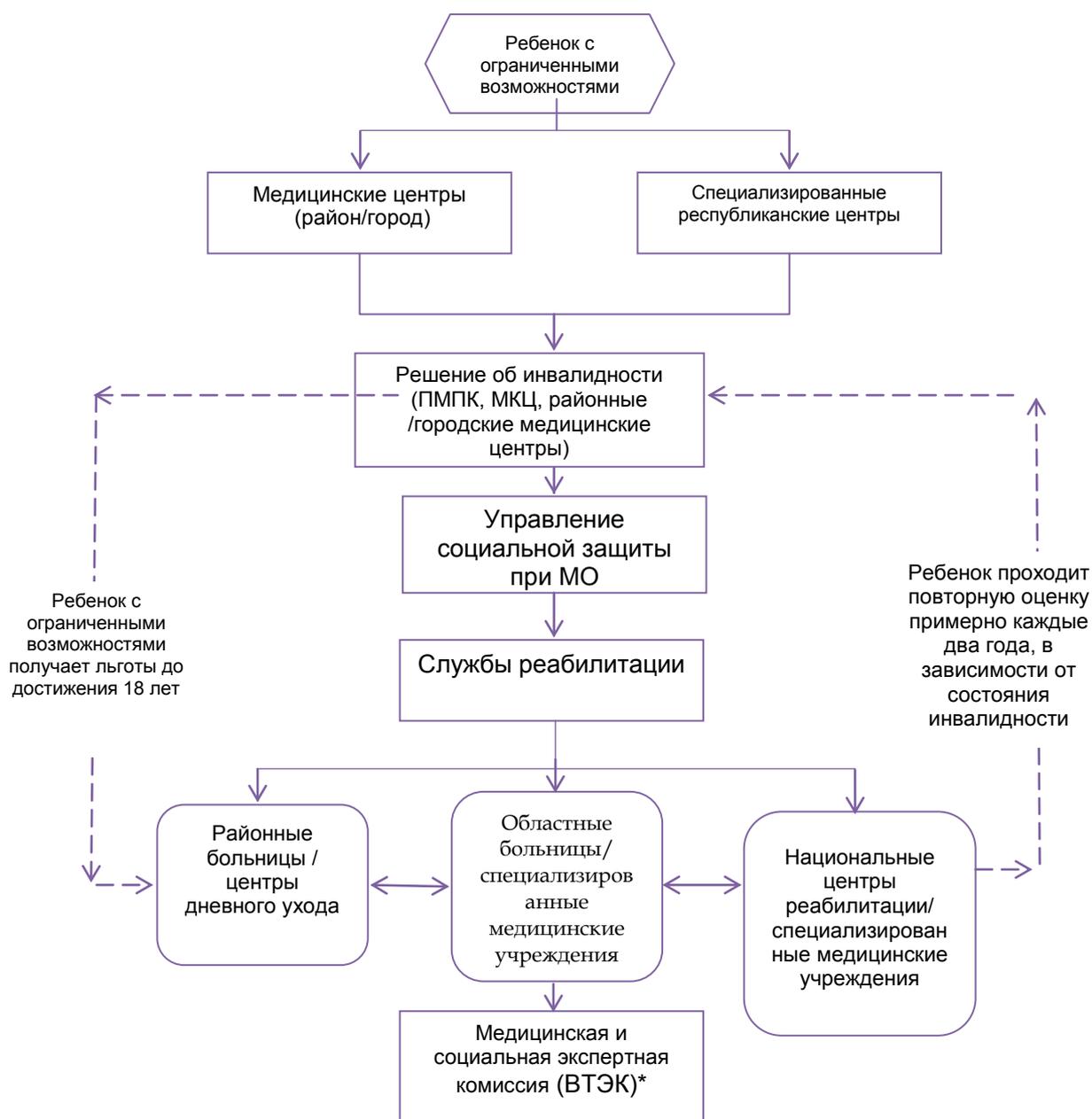
Приложение 5. Реабилитационные услуги для взрослого населения с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан



ПМПКС = психологические, медицинские и педагогические консультационные службы

МО = местные органы

Приложение 6. Реабилитационные услуги для детей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан



* За один месяц вперед до достижения ребенком 18 лет, он/она посещает взрослую службу, Медицинскую и социальную экспертную комиссию для прохождения оценки.

ПМПКС = психологические, медицинские и педагогические консультационные службы

МКЦ = медицинский консультационный центр

МО = местный орган

Приложение 7. Провайдеры услуг, включенных в картирование

No.	Название организации	Логотип	Количество учреждений	Месторасположение	
				Город	Район
1.	Психологические, медицинские и педагогические консультации ¹		9	Душанбе Курган-Тюбе Куляб Худжанд Исфара Пенджикент Хорог	Бобочон Гафуров Пяндж
2.	Центр реабилитации		1 (Диагностический центр)	Душанбе	
			1 (Республиканский клинический центр по психологическим проблемам)	Душанбе	
			1 (Республиканский центр психического здоровья для детей и взрослых)	Душанбе	
			1 (Республиканская клиническая психическая больница)	Душанбе	
			1 (Республиканский клинический центр лечения глазных болезней)	Душанбе	
			1 (Республиканский клинический кардиологический центр)	Душанбе	
			1 (Республиканский клинический вертебрологический центр)	Душанбе	
			1 (Республиканский медицинский и социальный реабилитационный центр)	Душанбе	
			1 (Республиканская физиотерапевтическая больница)	Худжанд	
			1 (Республиканский детский реабилитационный центр)		Вахдат (Мачитон)
			1 (Национальный реабилитационный центр для детей и взрослых)		Варзоб (Чорбог)

¹ Указ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан по учреждению психологической, медицинской и педагогической консультации (Ссылка № 286, 15.0.2012).

3.	Интернаты ¹		3 (дети с нарушением слуха и речи)		Бобочон Гафуров (1) Рудаки (2)
			3 Дети с нарушениями зрения и слепотой	Худжанд (1) Исфара (1)	Гиссар (1)
			1 Дети, пострадавшие от полиомиелита		Гиссар
			4 Дети с психическими нарушениями	Душанбе (2) Худжанд (1) Куляб (1)	
4.	Дом малютки ²		4	Худжанд (1) Истаравшан (1) Душанбе (2)	
5.	Учреждения с условиями проживания (интеллектуальные нарушения) ³		7	Турсунзаде Пенджикент Яван	Джабар Расулов Гиссар Вахдат Восе
6.	Центры дневного ухода ⁴		10	Душанбе (1) Худжанд (1) Яван (1) Хорог (1) Курган-Тюбе (1) Куляб (1)	Хуросон (1) Джами (1) Гиссар (1) Восе (1)
7.	Национальный ортопедический центр		3	Душанбе (1) Худжанд (1) Куляб (1)	
8.	Национальный исследовательский центр реабилитации лиц с ограниченными возможностями		1	Душанбе	

¹ Статистический справочник в секторе образования Республики Таджикистан на период академического 2010-2011 г.г. Душанбе, Министерство образования, 2011 г.

² <http://mapping.sdc-eu.info/5031.htm>, Oxford Policy Management, European Union project, 2011.

³ <http://mapping.sdc-eu.info/5051.htm>, Oxford Policy Management, European Union project, 2011.

⁴ Государственное агентство по социальной защите, занятости и миграции, 2013 г.



**ПРОГРАММА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ
УСТРАНЕНИЕ БАРЬЕРОВ И РАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВСЕХ**

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл.адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int