



## **Инвалидность**

### **Проект Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью**

#### **Доклад Секретариата**

1. В мире насчитывается более 1 миллиарда людей с инвалидностью, то есть приблизительно 15% населения всего мира. Распространенность инвалидности увеличивается из-за старения населения и глобального увеличения хронических болезней и является более высокой в странах с низким уровнем доходов, чем в странах с высоким уровнем доходов. Инвалидность в непропорционально большей степени поражает женщин, более пожилых и бедных людей.
2. Люди с инвалидностью сталкиваются с широко распространенными препятствиями для доступа к услугам и имеют более низкие результаты в отношении здоровья, более низкие достижения в образовании, меньшую степень экономического участия и более высокий уровень бедности, чем люди без инвалидности. Они имеют более чем в два раза большую вероятность сообщить о том, что как учреждения здравоохранения, так и профессиональные навыки провайдеров медико-санитарной помощи являются неадекватными для удовлетворения их потребностей, почти в три раза большую вероятность сообщить о том, что им отказано в медицинской помощи и в четыре раза большую вероятность сообщить о плохом с ними обращении.
3. Многие из этих препятствий можно избежать и можно преодолеть неблагоприятные условия, связанные с инвалидностью. Обеспечение лучшего здоровья для людей с инвалидностью посредством улучшенного доступа к услугам здравоохранения является важным фактором, способствующим расширению участия и положительным результатам в таких областях, как образование, занятость, а также семейная, общественная и публичная жизнь. Хорошее здоровье будет также способствовать достижению более широких целей в области развития.
4. В мае 2013 г. Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA66.9 об инвалидности. Ассамблея здравоохранения одобрила рекомендации *Всемирного доклада об инвалидности*<sup>1</sup> и предложила Генеральному директору подготовить в консультации с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и государствами-членами комплексный план действий ВОЗ на основе фактических данных этого доклада и в соответствии с

---

<sup>1</sup> Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г.

Конвенцией о правах инвалидов и итоговым документом Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по инвалидности и развитию.

5. «Нулевой проект» плана действий по инвалидности был подготовлен сразу же после Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в консультации с различными заинтересованными сторонами, включая: государства-члены, организации системы Организации Объединенных Наций, международных и национальных партнеров, таких как агентства по развитию, организации гражданского общества, в том числе организации инвалидов и профессиональные ассоциации. Предложение высказывать замечания по проекту, а также по предложенному процессу подготовки плана действий было сделано представителям основных организаций инвалидов, организаций гражданского общества, работающих в области инвалидности и развития, и учреждениям системы Организации Объединенных Наций на шестой сессии государств-участников Конвенции по правам инвалидов (Нью-Йорк, 17-19 июля 2013 г.), а также экспертам и сотрудникам ВОЗ.

6. Первый проект плана действий по инвалидности (31 июля 2013 г.) был рассмотрен в ходе широкого процесса консультаций, который проходил с середины августа до начала ноября 2013 г. и который включал: открытую для всех консультацию на веб-сайте (с 20 августа по 18 октября); брифинг и предложения членов Комитета по правам инвалидов (11 сентября во время 10-й сессии Комитета, Женева, 2-13 сентября); консультации с государствами-членами, региональными организациями экономической интеграции и организациями системы Организации Объединенных Наций, расположенными в Женеве (Женева, 8 октября); региональные консультации с государствами-членами и другими заинтересованными сторонами в рамках мероприятий, проводимых с региональными бюро, в частности Европейским региональным бюро (электронная консультация, завершившаяся 9 октября), Региональным бюро для стран Восточного Средиземноморья (две видео-консультации - 9 и 23 октября); Африканским региональным бюро (Браззавиль, 17-18 октября); региональными бюро для стран Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана (Манила, 30-31 октября); и Региональным бюро для стран Америки (Кито, 5-6 ноября), а также консультации с ключевыми сотрудниками в штаб-квартире ВОЗ (июль и октябрь). Приблизительно 300 материалов были получены от государств-членов, организаций системы Организации Объединенных Наций, организаций инвалидов и других учреждений гражданского общества, провайдеров услуг, исследовательских институтов и сотрудничающих центров ВОЗ, партнеров по развитию и отдельных людей. Подробное изложение программы консультаций и неофициальные доклады всех консультаций, включая подробную информацию об участниках, имеются на веб-сайте ВОЗ<sup>1</sup>.

7. Секретариат использовал замечания, сделанные на этих неофициальных консультациях, при подготовке прилагаемого проекта плана действий по инвалидности (Проект 2).

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/index.html>.

8. В соответствии с резолюцией WHA66.9 проект глобального плана действий по инвалидности на 2014-2021 гг.: Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью имеет целью содействие улучшению здоровья, благополучия и прав человека для лиц с инвалидностью. Он содержит четкие задачи и действия для государств-членов, Секретариата, международных и национальных партнеров. В нем также предлагаются показатели успеха, которые могут быть использованы для оценки прогресса в осуществлении и воздействии плана действий.

#### **ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА**

9. Исполкому предлагается принять к сведению доклад и дать указания в отношении проекта плана действий, который будет представлен на рассмотрение Шестидесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

**ПРОЕКТ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ ВОЗ ПО ИНВАЛИДНОСТИ НА  
2014–2021 гг.: ЛУЧШЕЕ ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ ЛЮДЕЙ С  
ИНВАЛИДНОСТЬЮ<sup>1</sup>**

1. В мае 2013 г. Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA66.9 об инвалидности одобрила рекомендации *Всемирного доклада об инвалидности*<sup>2</sup> и предложила Генеральному директору подготовить в консультации с государствами-членами<sup>3</sup> и организациями системы Организации Объединенных Наций, комплексный план действий ВОЗ, основанный на фактических данных этого доклада и в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов и итоговым документом заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по осуществлению Целей в области развития сформулированных в Декларации тысячелетия, и других согласованных на международном уровне целей развития в интересах инвалидов «Путь вперед: повестка дня по вопросам развития, включающая вопросы инвалидности, на период до 2015 г. и в последующий период».

2. Инвалидность является универсальным понятием. Любой человек либо сам может стать инвалидом, либо иметь члена семьи, который в какой-то момент жизни, особенно в старости, может начать испытывать ограничения в функционировании. В соответствии с Международной классификацией функционирования, инвалидности и здоровья и ее дополнительным вариантом для детей и молодежи настоящий план действий использует «инвалидность» в качестве собирательного термина, включающего нарушения, ограничения деятельности и ограничения участия и обозначающего отрицательные аспекты взаимодействия между отдельным человеком (с определенным состоянием здоровья) и контекстуальными факторами (окружающей среды и личными) этого человека. Инвалидность не является просто биологическим или социальным явлением.

3. ВОЗ признает инвалидность в качестве глобальной проблемы общественного здравоохранения, вопроса прав человека и приоритета в области развития. Инвалидность является проблемой общественного здравоохранения потому, что люди с инвалидностью, включая детей, сталкиваются с многочисленными препятствиями в доступе к здравоохранению и связанными с ним услугами, такими как реабилитация, и они имеют худшие результаты в отношении здоровья, чем люди без инвалидности. Некоторые состояния здоровья могут также быть фактором риска для других проблем здоровья, которые плохо поддаются лечению, таких как высокая частота случаев

---

<sup>1</sup> Термины «люди» и «лица» с инвалидностью в настоящем плане действий используются взаимозаменяемо и включают детей и молодежь. В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, термин «лица с инвалидностью» используется в тех случаях, когда в плане речь идет о правах и полагаемых льготах. В большинстве других случаев используется термин «люди с инвалидностью».

<sup>2</sup> Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г.

<sup>3</sup> И, в соответствующих случаях, региональными организациями экономической интеграции.

ожирения среди людей с синдромом Дауна и более высокая распространенность диабета или колоректорального рака у людей с шизофренией. Инвалидность является также проблемой прав человека в связи с тем, что взрослые, подростки и дети с инвалидностью испытывают стигматизацию, дискриминацию и неравноправие; они подвергаются многочисленным нарушениям их прав, в том числе связанным с уважением достоинства, например в результате актов насилия, злоупотребления, предрассудков и неуважения в связи с их инвалидностью, и, подчас, им отказывают в автономности. Инвалидность является приоритетным вопросом развития из-за ее более высокой распространенности в странах с низким уровнем доходов и в связи с тем, что инвалидность и бедность усиливают и увековечивают друг друга. Бедность повышает вероятность нарушений в результате недостаточности питания, плохой медико-санитарной помощи и опасных условий жизни, работы и поездок. Инвалидность может привести к более низкому уровню жизни и к бедности в результате отсутствия доступа к образованию, занятости и получению дохода и в результате более высоких расходов, связанных с инвалидностью.

4. План действий предназначен для всех людей с инвалидностью и будет давать преимущества всем людям с инвалидностью от рождения до старости. К инвалидам относятся люди, которые традиционно воспринимаются как немощные, например такие, как дети, родившиеся с церебральным параличом, люди в инвалидных колясках, слепые или глухие, или же люди с умственными расстройствами или нарушениями психического здоровья, а также более широкая группа людей с трудностями функционирования, связанными с целым рядом состояний, таких как неинфекционные заболевания, инфекционные болезни, нервные расстройства, травмы и нарушения, связанные с процессом старения. В Статье 1 Конвенции о правах инвалидов указано, что к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Термины «люди» и «лица» с инвалидностью используются во всем тексте плана действий взаимозаменяемо и включают детей и молодежь. В соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, термин «лица с инвалидностью» используется в тех случаях, когда в плане речь идет о правах и полагаемых льготах. В большинстве других случаев используется термин «люди с инвалидностью».

5. Значительная часть миссии ВОЗ посвящена профилактике состояний здоровья, которые могут привести к смерти, болезни или инвалидности. Однако данный план действий направлен на улучшение здоровья, функционирования и благополучия людей с инвалидностью. Поэтому профилактика рассматривается в нем только в той мере, в какой лицам с инвалидностью необходим такой же доступ к профилактическим услугам, как и другим. Профилактика включает широкий диапазон мер, направленных на уменьшение рисков или опасностей для здоровья: пропаганду здорового образа жизни, например руководство по правильному питанию, значение регулярной физической активности и избежание употребления табака; защиту людей от возникновения некоторых состояний здоровья, например иммунизация против инфекционных болезней или безопасная практика родов; выявление вторичных или сопутствующих состояний здоровья на ранней стадии, например скрининг на диабет

или депрессию; уменьшение воздействия сложившихся состояний здоровья с помощью таких средств, как устранение боли, программы реабилитации, группы поддержки пациентов или устранение препятствий для доступа. Улучшение доступа к профилактическим службам и программам для лиц с инвалидностью является важным для достижения лучших результатов в отношении здоровья и охвачено Задачами 1 и 2 этого плана.

## **ОБЗОР ГЛОБАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ**

6. В мире насчитывается более 1 миллиарда людей с инвалидностью, то есть приблизительно 15% населения всего мира или каждый седьмой человек. Из этого числа от 110 миллионов до 190 миллионов взрослых испытывают значительные трудности функционирования. Согласно оценкам, приблизительно 93 миллиона детей – или 1 из 20 детей, не достигших возраста 15 лет, - живут с умеренной или тяжелой формой инвалидности. Число людей с инвалидностью будет продолжать увеличиваться по мере старения населения и глобального роста распространенности хронических нарушений здоровья. На национальные структуры инвалидности влияют тенденции в состояниях здоровья и окружающей среды, а также другие факторы, такие как дорожно-транспортные происшествия, падения, насилие, гуманитарные чрезвычайные ситуации, включая стихийные бедствия и конфликты, нездоровое питание и токсикомания.

7. Инвалидность в непропорционально большей степени затрагивает женщин, людей более старшего возраста и бедных людей. Дети из бедных семей, группы коренного населения и люди, относящиеся к этническим меньшинствам, также подвергаются значительно более высокому риску инвалидности. Женщины и девочки с инвалидностью, вероятно, подвергаются «двойной дискриминации», которая включает гендерное насилие, жестокое обращение и маргинализацию. В результате женщины-инвалиды часто сталкиваются с дополнительными неблагоприятными факторами, по сравнению с мужчинами-инвалидами и женщинами, которые не являются инвалидами. Коренное население, перемещенные внутри страны люди, беженцы, лица без гражданства, мигранты и заключенные, имеющие инвалидность, также сталкиваются с особыми проблемами доступа к услугам. Распространенность инвалидности является большей в странах с более низким уровнем доходов, чем в странах с более высоким уровнем. В итоговом документе Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций об инвалидности и развитии (2013 г.) отмечается, что приблизительно 80% инвалидов живут в развивающихся странах, и подчеркивается необходимость обеспечить, чтобы лица с инвалидностью были включены во все аспекты развития, в том числе в повестку дня в области развития на период после 2015 года.

8. Люди с инвалидностью сталкиваются с широко распространенными препятствиями для доступа к услугам, например к услугам здравоохранения (включая медицинскую помощь, лечение и ассистивные технологии), к образованию, занятости и социальным услугам, включая жилье и транспорт. Причины возникновения таких препятствий заключаются, например в неадекватном законодательстве, политике и стратегиях; отсутствии оказания услуг; проблемах при оказании услуг; отсутствии

осознания и понимания проблем инвалидности; отрицательных позициях и дискриминации; отсутствии доступности; неадекватном финансировании; и в отсутствии участия в решениях, которые непосредственно влияют на их жизнь. Конкретные препятствия существуют также для лиц с инвалидностью, которые способны выразить свои мнения, ищут, получают и передают информацию и идеи на равноправной основе с другими и с помощью выбранных ими самими средств коммуникации.

9. Эти препятствия способствуют неблагоприятному положению инвалидов. У инвалидов, особенно в развивающихся странах, здоровье хуже, чем у людей, которые не являются инвалидами, среди них больше распространена бедность, они достигают меньшего уровня образования и занятости, у них ниже уровень независимости и участия. Многие из препятствий, с которыми они сталкиваются, можно избежать и можно преодолеть неблагоприятное положение, связанное с инвалидностью. Во *Всемирном докладе об инвалидности* собраны наилучшие имеющиеся фактические данные о том, как преодолевать препятствия, с которыми сталкиваются лица с инвалидностью в доступе к здравоохранительным и реабилитационным услугам, к получению поддержки и помощи, в окружающей их среде и в сферах образования и занятости.

## **ПЕРСПЕКТИВНОЕ ВИДЕНИЕ, ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ**

10. Перспективным видением плана действий является мир, в котором все лица с инвалидностью, включая детей и их семьи, живут достойной жизнью, имеют равные права и возможности и могут достичь своего полного потенциала.

11. Общая цель заключается в содействии достижению оптимального здоровья, функционирования, благополучия и прав человека для всех лиц с инвалидностью.

12. План действий имеет следующие три задачи:

(1) устранить препятствия и улучшить доступ к службам и программам здравоохранения;

(2) укрепить и расширить использование услуг по реабилитации, абилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, а также реабилитации на уровне местного сообщества;

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

13. Настоящий план поддерживает осуществление мер, которые предназначены для соблюдения прав лиц с инвалидностью, как это закреплено в Конвенции о правах инвалидов, в частности в Статьях 9 (Доступность), 11 (Ситуации риска и чрезвычайные гуманитарные ситуации), 12 (Равенство перед законом), 19 (Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество), 20 (Индивидуальная мобильность),

25 (Здоровье), 26 (Абилитация и реабилитация), 28 (Достаточный жизненный уровень и социальная защита), 31 (Статистика и сбор данных), 32 (Международное сотрудничество) и 33 (Национальное осуществление и мониторинг). Он также поддерживает Статьи 4 (Общие обязательства), 5 (Равенство и недискриминация), 6 (Женщины-инвалиды), 7 (Дети-инвалиды) и 21 (Свобода выражения мнения и убеждений и доступ к информации). В нем предлагаются действия в поддержку обязательств, содержащихся в итоговом документе, принятом Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее Совещании высокого уровня по инвалидности и развитию (23 сентября 2013 г.) для доступа лиц с инвалидностью к медико-санитарным услугам, включая реабилитацию и ассистивные устройства, а также для улучшения сбора данных об инвалидности, анализа и мониторинга и для содействия знаниям, социальной информированности и пониманию инвалидности<sup>1</sup>.

14. План действий поддерживает постоянную работу Организации в направлении включения вопросов инвалидности в свои программы в соответствии с недавними резолюциями Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций<sup>2</sup>. Он согласован с Двенадцатой общей программой работы на 2014-2019 гг., отражая, в частности, новые политические, экономические, социальные и экологические реалии и далее развивая повестку дня здравоохранения. Он дополняет и поддерживает осуществление других планов и стратегий Организации в таких областях, как здоровая старость, репродуктивное здоровье и здоровье матери и ребенка, чрезвычайные ситуации и стихийные бедствия, психическое здоровье, предотвратимые слепота и нарушения зрения, а также неинфекционные заболевания.

15. Структура плана действий определяется следующими принципами, большинство из которых отражены в Конвенции о правах инвалидов:

- уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;
- недискриминация;
- полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- уважение особенностей лиц с инвалидностью и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;
- равенство возможностей;

---

<sup>1</sup> Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2006 г.

<sup>2</sup> Резолюции 66/288 (Будущее, которого мы хотим), 66/229 (Конвенция о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней), 66/124 (Заседание Генеральной Ассамблеи высокого уровня, посвященное осуществлению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и других согласованных на международном уровне целей в области развития в интересах инвалидов), 65/186 (Осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в интересах инвалидов в период до 2015 года и в последующий период) и 64/131 (Осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в интересах инвалидов).

- доступность;
- равенство мужчин и женщин;
- уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность;
- уважения сохраняющегося достоинства и ценности лиц с инвалидностью по мере их старения.

16. Люди с инвалидностью обладают уникальным опытом и знаниями о своей инвалидности и ситуации, но они исключены из процесса принятия решений по вопросам, непосредственно влияющим на их жизнь. В соответствии со Статьей 4 Конвенции следует полностью консультироваться с инвалидами через представляющие их организации и привлекать инвалидов на всех стадиях разработки и осуществления политики, законов и касающихся их услуг.

17. Структура и осуществление плана действий основаны на следующих подходах и определяются ими:

- подход, основанный на правах человека, включая предоставление прав лицам с инвалидностью;
- подход, основанный на всем жизненном цикле, включая континуум помощи;
- всеобщий охват услугами здравоохранения;
- подход, учитывающий культурные особенности и ориентированный на человека;
- реабилитация на многосекторальной основе/на уровне местного сообщества<sup>1</sup>;
- универсальная структура (см. пункт 29 ниже).

## **ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, МЕЖДУНАРОДНЫХ И НАЦИОНАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ И СЕКРЕТАРИАТА**

18. Для государств-членов, международных и национальных партнеров и Секретариата предлагаются конкретные действия, подробно показывающие, что может быть сделано для выполнения трех задач плана. Варианты того, как осуществить эти действия, предлагаются как участие различных сторон. Действия и участие основаны на подтверждении успеха способов преодоления препятствий для доступа к услугам,

---

<sup>1</sup> Реабилитация на уровне местного сообщества обеспечивает методологию деятельности для соблюдения прав человека и решения задач в области развития на уровне местного сообщества на основе всеобъемлющего многосекторального подхода, который может обеспечить расширение прав лиц с инвалидностью и их семей.

изложенных во *Всемирном докладе об инвалидности*, и на технической работе Секретариата по улучшению качества жизни инвалидов.

19. Поскольку проблема инвалидности касается всех секторов и включает различных участников, осуществление плана действий потребует твердых обязательств, выделения ресурсов и мер со стороны целого ряда международных, региональных и национальных партнеров, а также разработки и укрепления региональных и глобальных сетей. Национальные правительства и органы местного самоуправления играют самую важную роль, но важную роль играют также и другие участники: организации системы Организации Объединенных Наций, организации в области развития, организации лиц с инвалидностью; провайдеры услуг, в том числе в гражданском обществе и религиозных организациях; академические учреждения; частный сектор; местные сообщества; а также люди с инвалидностью и их семьи. План признает также важный вклад лиц, оказывающих официальную и неофициальную помощь и поддержку лицам с инвалидностью, а также особые потребности в поддержке, которая им необходима для выполнения этой роли.

20. Успех плана будет зависеть от эффективного многосекторального подхода с практическими механизмами для координации и осуществления деятельности между соответствующими министерствами и департаментами, отвечающими за предоставление здравоохранительных, реабилитационных и других связанных с ними услуг лицам с инвалидностью. Соответствующие области стратегического руководства включают здравоохранение, службы для инвалидов, социальную защиту, службы социального обеспечения, финансы, инфраструктуру, транспорт, связь, труд и образование. Эффективная координация важна, но каждое министерство, каждый департамент и каждое агентство несет высокую ответственность за обеспечение доступа инвалидов к его основной деятельности и за реагирование на потребности лиц с инвалидностью.

21. Одним из способов содействия многосекторальному сотрудничеству является содействие посредством реабилитации на уровне местного сообщества. Эволюция этой деятельности привела к разработке многосекторальной стратегии, обеспечивающей практическое руководство в отношении того, как увязать и усилить потенциал основных служб для обеспечения такого положения, при котором лица с инвалидностью и их семьи будут иметь доступ и получать преимущества от образования, занятости, а также служб здравоохранения и социальных служб. Эта стратегия осуществляется посредством объединенных усилий лиц с инвалидностью, их семей, организаций и местных сообществ, соответствующих правительственных и неправительственных здравоохранительных, образовательных, профессиональных, социальных и других служб. Такой подход в настоящее время применяется более чем в 90 странах для реабилитации, обеспечения равенства возможностей, уменьшения бедности и вовлечения лиц с инвалидностью в жизнь общества.

22. План действий признает значительные различия контекстов и начальных условий в странах и регионах, предпринимающих усилия по обеспечению доступа к услугам здравоохранения и организации специальных программ и поддержки для лиц с инвалидностью. План предназначен для предоставления структуры и руководства, но

не может быть единственным решением для всех. Действия по выполнению задач плана необходимо согласовывать с существующими региональными и национальными обязательствами, политикой, планами и задачами.

## **МОНИТОРИНГ ПРОГРЕССА В ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАЧ ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ**

23. Показатели успеха, установленные для каждой задачи, могут использоваться для оказания помощи в мониторинге и измерении прогресса в достижении цели плана. Решение об исходных показателях и задачах будет принято после утверждения плана. Учитывая, что задачи будут добровольными и глобальными, не предполагается, что каждое государство-член выполнит все конкретные задачи, но ожидается, что оно в различной степени сможет содействовать их выполнению. Как указано в действиях для Задачи 3, Секретариат обеспечит руководство, подготовку и техническую поддержку для государств-членов, по их просьбе, с целью улучшить анализ данных об инвалидности и использовать его результаты действенным и эффективным с точки зрения затрат образом. Мониторинг и представление отчетности руководящим органам о прогрессе в осуществлении этого плана действий рекомендуется провести в середине срока (2017 г.) и в завершающий год (2021 г.).

### **ЗАДАЧА 1: УСТРАНИТЬ ПРЕПЯТСТВИЯ И УЛУЧШИТЬ ДОСТУП К СЛУЖБАМ И ПРОГРАММАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

24. Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствием болезней или физических дефектов. В Уставе ВОЗ обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья указано как одно из основных прав каждого человека. Право на здоровье включает доступ к своевременной, приемлемой и доступной медико-санитарной помощи надлежащего качества. Содействие праву на здоровье требует также от государств-членов, чтобы они создавали условия, в которых каждый человек может пользоваться наивысшим достижимым уровнем здоровья, и чтобы услуги здравоохранения предоставлялись на основе свободного и информированного согласия.

25. Инвалидность имеет чрезвычайно разнообразные формы. Несмотря на то, что некоторые состояния здоровья, связанные с инвалидностью, приводят к нарушениям здоровья и значительным медико-санитарным потребностям, тогда как другие нет, все люди с инвалидностью имеют те же потребности по охране здоровья, что и другие люди, и поэтому им необходим доступ к основным медико-санитарным услугам. Инвалиды могут испытывать большую уязвимость к вторичным состояниям, поддающимся профилактике, сопутствующим заболеваниям и возрастным состояниям, и им могут требоваться услуги медицинских специалистов. Иногда они подвергаются лечению или другим защитным мерам без их согласия. Они подвергаются большему риску насилия, чем люди, не имеющие инвалидность, и имеют более высокий риск получения травм в результате дорожно-транспортных происшествий, ожогов или падений. Некоторые исследования указывают также на то, что в некоторых группах людей с инвалидностью отмечаются более высокие степени рискованного поведения, такого как курение, неправильное питание и отсутствие физической активности.

26. Чрезвычайные ситуации, помимо того, что они вызывают инвалидность, могут также увеличить уязвимость лиц с инвалидностью, базисные и специфические потребности которых во время преодоления чрезвычайной ситуации игнорируются или не учитываются. Такие потребности часто не выявляются до, во время или после чрезвычайной ситуации. С инвалидами или их представителями редко консультируются во время разработки политики или программ по управлению рисками чрезвычайных ситуаций.

27. Хорошее здоровье дает возможность принимать участие в разнообразной деятельности, включая образование и занятость. Однако фактические данные свидетельствуют о том, что люди с инвалидностью, включая детей, имеют неравный доступ к службам медико-санитарной помощи, имеют неудовлетворенные медико-санитарные потребности и более низкие уровни здоровья по сравнению с населением в целом. Системам здравоохранения часто не удается адекватно реагировать как на общие, так и на специфические медико-санитарные потребности инвалидов. Люди с инвалидностью, включая детей, когда они пытаются получить доступ к медико-санитарной помощи, сталкиваются с целым рядом отношенческих, физических и системных препятствий. Анализ предпринятого ВОЗ Обследования состояния здоровья в мире показывает, что по сравнению с людьми, не имеющими инвалидности, инвалиды имеют в два раза большую вероятность обнаружить, что медицинские учреждения и профессиональные навыки провайдеров услуг являются неадекватными, в три раза большую вероятность получить отказ в медицинской помощи и в четыре раза большую вероятность получить плохое обращение в системе медико-санитарной помощи. Половина всех лиц с инвалидностью не могут позволить себе необходимую медико-санитарную помощь, и они имеют на 50% большую, чем люди без инвалидности, вероятность пострадать от катастрофических медицинских расходов<sup>1</sup>.

28. Препятствия для доступа к здравоохранительным службам включают: физические трудности, связанные с конструкцией медицинского учреждения, медицинского оборудования или транспорта; отсутствие у провайдера медицинских услуг адекватных знаний или профессиональных навыков; неправильное понимание здоровья лиц с инвалидностью, которое приводит к предположениям о том, что лицам с инвалидностью не нужен доступ к службам и программам по укреплению здоровья или профилактике здоровья; отсутствие уважения или отрицательное отношение и поведение по отношению к лицам с инвалидностью; информационные препятствия и коммуникационные трудности; и неадекватная информация для лиц с инвалидностью об их праве на доступ к здравоохранительным услугам.

29. Статья 25 Конвенции о правах инвалидов подчеркивает право лиц с инвалидностью на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. В Статье 9 (Доступность) изложены меры, которые

---

<sup>1</sup> Если люди вынуждены оплачивать услуги медицинской помощи или участвовать в такой оплате, сумма оплаты может быть столь высокой по сравнению с доходом, что это приводит к «финансовой катастрофе» для отдельного человека или домашнего хозяйства. ВОЗ предлагает считать медицинские расходы катастрофическими в тех случаях, когда они больше или равны 40% доходов домашнего хозяйства, остающегося после удовлетворения базисных потребностей.

необходимо принять, чтобы лица с инвалидностью наравне с другими имели доступ к физическому окружению, транспорту, информации и связи (включая информационно-коммуникационные технологии и системы) и к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах. Эти меры включают выявление и устранение препятствий, мешающих доступности, в связи со зданиями, дорогами, транспортом и другими внутренними и внешними объектами (включая медицинские учреждения), информацией, коммуникациями и другими службами (включая электронные и экстренные службы). Из-за разнообразия пользователей служб здравоохранения подход, основанный на универсальности, является важным для обеспечения максимально возможной доступности без необходимости адаптации или специального приспособления объектов, окружающих условий, программ и служб к потребностям всех людей.

30. Неравенства в отношении здоровья будут уменьшаться посредством обеспечения более широкой доступности существующих систем медико-санитарной помощи на всех уровнях, а также обеспечения доступности программ общественного здравоохранения (в том числе программ по здоровому образу жизни, пропаганде здорового питания и поощрения физической активности) для лиц с инвалидностью, включая детей. Учитывая тот факт, что многочисленные факторы ограничивают доступ инвалидов к медико-санитарной помощи, необходимо предпринять действия во всех компонентах систем здравоохранения, включая улучшение управления и повышение уровней информированности, знаний и данных в министерствах здравоохранения и связанных с ними министерствах, с тем чтобы они могли лучше учитывать проблемы инвалидности и расширять доступ к услугам. Рекомендуется поддерживать национальные минимальные нормы социальной защиты<sup>1</sup>, содержащие базисные гарантии социальной защиты, которые обеспечивают всеобщий доступ к основной медико-санитарной помощи и гарантируют доход, по крайней мере на минимальном уровне, установленном в национальных масштабах. Национальная политика здравоохранения должна официально признать, что некоторые группы людей с инвалидностью испытывают неравенства в отношении здоровья; что признание этого будет важным шагом для сокращения таких неравенств; и содержать обязательство сотрудничать и применять скоординированный подход между провайдерами медико-санитарной помощи. Реабилитация в общине является важным средством обеспечения и улучшения координации служб здравоохранения и доступа к ним, особенно в сельских и удаленных районах.

31. Успешное устранение препятствий и улучшение доступа к службам здравоохранения требует участия в этой деятельности лиц с инвалидностью, которые лучше всего знают о таких препятствиях и сильнее всего страдают от них. Важно обеспечить, чтобы медико-санитарная информация предоставлялась в доступном формате и чтобы виды коммуникации удовлетворяли потребностям людей с инвалидностью (например, использование языка глухонемых). Некоторым лицам с инвалидностью также может потребоваться поддержка для реализации своего права на здоровье и равноправный доступ к службам здравоохранения.

---

<sup>1</sup> Международная организация труда, Рекомендации о минимальных уровнях социальной защиты, 2012 г. (No. 202): рекомендации, касающиеся национальных минимальных норм социальной защиты, приняты 14 июня 2012 года.

<b>ЗАДАЧА 1: УСТРАНИТЬ ПРЕПЯТСТВИЯ И УЛУЧШИТЬ ДОСТУП К СЛУЖБАМ И ПРОГРАММАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>		
<b>Показатели успеха</b>	<b>Средства контроля</b>	<b>Свидетельство успеха</b>
<p><b>1.1</b> X% стран, в национальной политике здравоохранения которых ясно указано, что лица с инвалидностью имеют право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья</p> <p><b>1.2</b> X% стран, в которых медицинским страховым компаниям запрещено проявлять дискриминацию в отношении лиц с уже имеющейся инвалидностью</p> <p><b>1.3</b> Доля лиц с инвалидностью, имеющих доступ к услугам здравоохранения, в которых они нуждаются</p> <p><b>1.4</b> X% домашних хозяйств, где имеются люди с инвалидностью, несущих катастрофические расходы на услуги здравоохранения из собственных средств</p>	<p>Сбор данных путем опроса лиц, являющихся основными источниками информации в министерствах здравоохранения и организациях гражданского общества или лиц с инвалидностью, проводимый Секретариатом на исходном уровне и через 5 и 10 лет</p> <p>Типовой опросник по инвалидности (см. Задачу 3) и другие национальные опросы по проблеме инвалидности и охране здоровья, проводимые в рамках системы мониторинга и оценки для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения</p>	<p>Наличие политики здравоохранения, соответствующей положениям Конвенции о правах инвалидов</p> <p>Всеобщий охват услугами здравоохранения, включая лиц с инвалидностью</p>

<b>ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 1</b>	<b>Предлагаемое участие государств-членов</b>	<b>Предлагаемое участие Секретариата</b>	<b>Предлагаемое участие международных и национальных партнеров</b>
<p><b>1.1</b> Разработка и/или реформирование законов, мер политики, стратегий и планов по вопросам здоровья и инвалидности, обеспечивая их соответствие Конвенции о правах инвалидов</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рассмотрение и пересмотр существующих мер политики для исключения дискриминационных положений, что будет способствовать расширению доступа и охвата лиц с инвалидностью деятельностью сектора здравоохранения и других секторов</li> <li>Мобилизация сектора здравоохранения для внесения вклада в разработку многосекторальной национальной стратегии и плана действий по проблеме инвалидности с четко определенными сферами ответственности и механизмами координации, мониторинга и отчетности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление технической поддержки; разработка руководящих принципов по укреплению систем здравоохранения с учетом проблем инвалидности в целях обеспечения всеобщего охвата</li> <li>Предоставление технической поддержки и наращивание потенциала в министерствах здравоохранения и других соответствующих секторах для разработки, осуществления и мониторинга законов, мер политики, стратегий и планов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Поддержка возможностей обмена опытом в отношении эффективных мер политики для укрепления здоровья людей с инвалидностью</li> <li>Участие соответствующих национальных органов, включая организации лиц с инвалидностью и другие структуры гражданского общества, в реформировании законов, мер политики, стратегий и планов по вопросам здоровья и инвалидности</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 1	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение поддержки сектора здравоохранения для мониторинга и оценки политики в области здравоохранения в целях обеспечения соблюдения положений Конвенции</li> <li>• Усиление социально ориентированных служб здравоохранения и активное участие людей с инвалидностью и организаций лиц с инвалидностью в рамках всего процесса</li> </ul>		
<p><b>1.2</b> Обеспечение ведущей роли и стратегического руководства здравоохранением с учетом проблем инвалидности</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение координаторов по вопросам инвалидности в министерствах здравоохранения и разработка внутренних планов действий для обеспечения охвата и доступа к основным услугам здравоохранения</li> <li>• Обеспечение участия сектора здравоохранения в работе национальных координирующих органов по вопросам инвалидности</li> <li>• Обеспечение участия организаций лиц с инвалидностью в формировании политики здравоохранения и процессах обеспечения качества</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание поддержки государствам-членам в усилении их ведущей роли; разработка и использование пакета учебных материалов по обеспечению учета проблем инвалидности в деятельности сектора здравоохранения</li> <li>• Проведение региональных семинаров, объединенных с текущими/связанными инициативами, для сотрудников министерства здравоохранения, лиц, определяющих политику, и представителей организаций лиц с инвалидностью по вопросам всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения справедливости, основываясь на опыте стран</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание поддержки министерствам здравоохранения в усилении их ведущей роли для обеспечения учета проблем инвалидности в здравоохранении (Статья 32)</li> <li>• Нарращивание потенциала организаций лиц с инвалидностью для их активного участия в руководстве службами здравоохранения</li> </ul>
<p><b>1.3</b> Устранение барьеров для финансирования и ценовой доступности с помощью возможных вариантов и мер, обеспечивающих получение медицинской помощи, в которой нуждаются люди с инвалидностью, по</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Распределение достаточного объема ресурсов для обеспечения выполнения компонентов национальной стратегии и плана действий по инвалидности, связанных со здравоохранением</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание технического содействия странам для разработки мер финансирования здравоохранения, обеспечивающих большую доступность и ценовую приемлемость</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание технического и финансового содействия государствам-членам для обеспечения доступа лиц с инвалидностью к основным услугам здравоохранения</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 1	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
<p>доступным ценам без чрезмерных и катастрофических расходов за счет собственных средств</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение того, чтобы схемы финансирования национального здравоохранения включали минимальные пакеты и меры социального обеспечения и защиты от бедности, ориентированные на удовлетворение медико-санитарных потребностей людей с инвалидностью</li> <li>• Снижение или устранение платежей из собственных средств для людей с инвалидностью, которые не имеют возможностей оплачивать услуги здравоохранения</li> <li>• Усиление многосекторальных подходов для покрытия косвенных расходов, связанных с доступом к медицинской помощи (например, транспорт)</li> <li>• При наличии частного медицинского страхования, обеспечение его доступности и приемлемости по стоимости для лиц с инвалидностью</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление рекомендаций государствам-членам по созданию и поддержанию национальных минимальных норм социальной защиты</li> </ul>
<p><b>1.4</b> Устранение барьеров к предоставлению услуг (включая факторы, препятствующие физическому доступу, получению информации и коммуникации, а также координации) в рамках всей системы и программ здравоохранения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, укрепление здоровья и другие общепопуляционные меры общественного здравоохранения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принятие национальных стандартов доступности (в соответствии с принципами универсального дизайна) и обеспечение их соблюдения основными службами здравоохранения</li> <li>• Обеспечение широкого комплекса «разумных приспособлений» в целях устранения барьеров, препятствующих</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание помощи в выявлении факторов, препятствующих получению определенных услуг, путем технического содействия в сборе данных об использовании услуг в разбивке по видам инвалидности</li> <li>• Разработка средств решения проблемы удобства доступа для учреждений здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание поддержки группам пользователей в проведении проверки доступности служб здравоохранения для выявления факторов, препятствующих такому доступу для лиц с инвалидностью</li> <li>• Финансирование пилотных программ, призванных продемонстрировать преимущества обеспечения участия</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 1	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
	<p>доступу к основным услугам здравоохранения, включая конструктивные изменения помещений, оборудование с характеристиками универсального дизайна, корректировку систем назначений, альтернативные модели предоставления услуг, а также предоставление информации в соответствующих форматах, таких как язык жестов, брайлевская печать для слепых, крупный шрифт, «легкое чтение» и графическая информация</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Механизмы поддержки для повышения качества непрерывной помощи, получаемой людьми с инвалидностью, включая: планирование выписки, работа многопрофильных бригад, разработка системы направлений для получения специализированной помощи и справочных каталогов услуг</li> <li>• Расширение и обеспечение доступа к основным национальным и местным инициативам в области общественного здравоохранения, которые способствуют укреплению и охране здоровья</li> <li>• Оказание поддержки включению в деятельность программ реабилитации по месту жительства направлений в специализированные клиники</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление технических рекомендаций по обеспечению включения людей с инвалидностью в политику, стратегии и программы по вопросам инвалидности</li> <li>• Содействие наращиванию потенциала программ реабилитации по месту жительства, особенно касающихся охраны здоровья</li> </ul>	<p>людей с инвалидностью</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширение прав и возможностей людей с инвалидностью для оптимизации состояния их здоровья путем представления информации, обучения и коллегиальной поддержки</li> <li>• Оказание поддержки разработке программ реабилитации по месту жительства</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 1	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
<p><b>1.5</b> Преодоление конкретных проблем в обеспечении качества медицинской помощи, получаемой лицами с инвалидностью, включая знания, отношение и практическую деятельность работников здравоохранения, а также участие лиц с инвалидностью в принятии решений, непосредственно касающихся их</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Содействие расширению понимания, знаний и положительного восприятия людей с инвалидностью с помощью целенаправленной коммуникации и кампаний средств массовой информации, разработанных совместно с организациями лиц с инвалидностью</li> <li>• Оказание поддержки обучению и профессиональной подготовке путем обеспечения и содействия интеграции вопросов инвалидности в соответствующие программы обучения студентов и программы повышения квалификации для провайдеров услуг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение понимания важного значения включения вопросов инвалидности (включая права инвалидов) в учебные программы медицинских институтов, школ подготовки медсестер и других учебных заведений, связанных со здравоохранением</li> <li>• Разработка типовых программ обучения по вопросам инвалидности для сотрудников учреждений здравоохранения и реабилитации</li> <li>• Предоставление технической поддержки государства-членам, желающим ввести в действие типовые программы обучения по вопросам инвалидности и здоровья</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеграция программ обучения по вопросам охраны здоровья и соблюдения прав человека в отношении лиц с инвалидностью в программы преддипломного обучения и повышения квалификации для всех работников здравоохранения</li> <li>• Обеспечение участия людей с инвалидностью в проведении обучения и профессиональной подготовки, если это возможно</li> <li>• Обеспечение обучения и поддержки социальных работников и неофициальных лиц, осуществляющих уход, которые помогают лицам с инвалидностью в отношении доступа к услугам здравоохранения</li> <li>• Предоставление лицам с инвалидностью возможностей для выработки навыков самоподдержки для эффективного решения конкретных проблем в отношении доступа к услугам здравоохранения</li> </ul>
<p><b>1.6</b> Удовлетворение конкретных потребностей лиц с инвалидностью в отношении всех аспектов управления рисками в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, включая предупреждение, обеспечение готовности, ответные меры и ликвидацию последствий чрезвычайных ситуаций</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеграция вопросов инвалидности в меры политики, оценки, планы и программы управления рисками в чрезвычайных ситуациях</li> <li>• Обеспечение включения действий по управлению рисками чрезвычайных ситуаций в меры политики, службы и программы по вопросам инвалидности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление технических рекомендаций и содействия в усилении потенциала по решению проблем инвалидности при управлении рисками в чрезвычайных ситуациях в отношении здоровья</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеграция вопросов инвалидности в многосекторальные и медико-санитарные стратегические механизмы и форумы по управлению рисками в чрезвычайных ситуациях на глобальном, региональном и национальном уровнях</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 1	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Принятие во внимание вопросов инвалидности при оценке рисков и в работе служб здравоохранения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций</li></ul>

## **ЗАДАЧА 2: УКРЕПИТЬ И РАСШИРИТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ, АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ, А ТАКЖЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА УРОВНЕ МЕСТНОГО СООБЩЕСТВА**

32. Не всем лицам с инвалидностью требуются услуги по абилитации, реабилитации, ассистивные технологии, помощь и поддержка, а также реабилитация на уровне местного сообщества, однако многим они требуются. Доступ к различным услугам и технологиям часто является необходимым условием для того, чтобы люди с инвалидностью имели возможность работать, принимать участие в жизни общества, имели доступ к медицинской помощи, а дети могли посещать школу. Основным предназначением этих служб является создание условий для того, чтобы каждый человек мог принимать участие в жизни общества и был социально интегрирован.

33. В Статье 26 (Абилитация и реабилитация) Конвенции указывается на необходимость принятия государствами-участниками надлежащих мер по организации, укреплению и расширению комплексных абилитационных и реабилитационных услуг и программ, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания. Статья 26 также предусматривает, что государства-участники должны поощрять наличие, знание и использование относящихся к абилитации и реабилитации ассистивных устройств и технологий. Кроме того, Статья 4 (Общие обязательства), Статья 20 (Индивидуальная мобильность) и Статья 32 (Международное сотрудничество) требуют, чтобы государства-члены и международное сообщество инвестировали средства для облегчения доступа инвалидов к качественным ассистивным технологиям, в том числе за счет их предоставления по доступной цене.

34. Абилитация и реабилитация могут уменьшать воздействие целого ряда факторов на состояние здоровья (таких как болезни и травмы). Эти два вида помощи определяются во *Всемирном докладе об инвалидности* как «комплекс мер, которые помогают отдельным лицам, которые являются или могут стать инвалидами, в достижении и поддержании оптимального функционирования в области взаимодействия с окружающей средой». Абилитацию и реабилитацию, которые включают медицинскую помощь, лечение и ассистивные технологии, следует начинать как можно раньше и проводить как можно ближе к местам проживания людей с инвалидностью.

35. Ассистивные технологии быстро развиваются и включают любой предмет, оборудование или продукт, приобретенные на коммерческой основе, модифицированные или адаптированные с учетом конкретных потребностей, которые используются для увеличения, поддержания или улучшения функциональных возможностей отдельных лиц с инвалидностью. К ассистивным технологиям относятся очки, слуховые аппараты, альтернативные и дополнительные средства коммуникации, ходильные рамы, кресла-коляски и протезы, например искусственные ноги. Эта область охватывает также информационные и коммуникационные технологии, такие как компьютеры, программы озвучивания содержимого экрана и нестандартные телефоны. Ассистивные технологии играют значительную роль, помогая людям с инвалидностью выполнять определенные действия и участвовать в жизни общества.

36. Услуги помощи и поддержки позволяют людям с инвалидностью заниматься повседневной деятельностью и принимать участие в жизни общества. Эти услуги, обычно предоставляемые членами семьи и социальными сетями, а также официальными службами, включают личную помощь, развитие навыков самообслуживания, уход за инвалидами, сурдоперевод, помощь в трудовой деятельности и обучении, а также предоставление информации и рекомендаций.

37. Программы реабилитации по месту жительства могут обеспечивать получение услуг реабилитации, ассистивных технологий и поддержки в странах с ограниченными ресурсами, расширяя возможности лиц с инвалидностью и их семей. Руководящие принципы ВОЗ по данному вопросу содержат практические рекомендации в отношении того, как обеспечивать взаимодействие и укреплять потенциал основных служб, а также обеспечивать доступ к специализированным службам помощи<sup>1</sup>.

38. Инвестиции в проведение абилитации, реабилитации, предоставление ассистивных технологий дают положительный эффект, поскольку они увеличивают человеческие возможности и могут помочь людям с ограниченными функциональными возможностями оставаться или возвращаться в свой дом или местное сообщество, жить самостоятельно и принимать участие в системе образования, рынке труда и жизни общества. Они могут уменьшить потребности в официальных службах поддержки, а также сократить затраты времени и физических сил лиц, осуществляющих уход.

39. Глобальные данные о потребностях в услугах по абилитации, реабилитации, ассистивных технологиях, помощи и поддержке, характере и качестве осуществляемых мер, а также о примерном уровне неудовлетворенных потребностей отсутствуют. Однако данные на национальном уровне указывают на значительные пробелы в предоставлении этих услуг и доступе к ним во многих странах с низким и средним уровнями доходов. Данные по четырем странам в южной части Африки показывают, например, что услуги по медицинской реабилитации получали лишь от 26% до 55% людей, нуждающихся в ней. Производство слуховых аппаратов в настоящее время удовлетворяет менее 10% глобальных потребностей, а в развивающихся странах ежегодные потребности в слуховых аппаратах удовлетворяются менее чем на 3%. Потребности в получении услуг могут увеличиваться под действием таких внешних факторов, как стихийные бедствия и конфликты.

40. Имеются значительные препятствия для предоставления услуг по абилитации, реабилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, включая отсутствие установленных приоритетов; отсутствие стратегий и планов; высокая стоимость и отсутствие или неэффективность механизмов финансирования; нехватка кадров квалифицированных специалистов, отсутствие технических средств и оборудования; неэффективные модели предоставления услуг и отсутствие интеграции и децентрализации услуг (например, предоставление услуг по реабилитации и абилитации в рамках учреждений первичной и вторичной медицинской помощи). Крупные реабилитационные центры обычно расположены в городских районах, а в

---

<sup>1</sup> ВОЗ. Реабилитация на уровне общины: Руководство по РУО. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.

сельской местности часто отсутствуют даже основные службы медицинской помощи. Поездки для посещения реабилитационных служб в учреждениях вторичной или третичной медицинской помощи могут требовать больших затрат финансовых средств и времени, а общественный транспорт часто не приспособлен для людей с нарушениями способности к передвижению. Отсутствие научных исследований, а также данных о потребностях, неудовлетворенных потребностях, характера и качестве предоставляемых услуг, стоимости и положительных эффектах также ограничивает развитие эффективных реабилитационных служб. Кроме того, уровень консультирования и участия лиц с инвалидностью в предоставлении реабилитационных услуг является недостаточным.

41. Услуги по абилитации и реабилитации требуют участия многих секторов, и они могут предоставляться работниками здравоохранения совместно со специалистами в области образования, занятости, социального обеспечения и других секторов. В условиях ограниченности ресурсов эти услуги могут предоставляться неспециалистами, например сотрудниками программ реабилитации по месту жительства с участием семей, друзей и общественных групп. Хотя министерства здравоохранения должны играть главную роль в обеспечении доступа к надлежащим, оперативным, приемлемым по стоимости и высококачественным услугам, важно понимать значение и обеспечивать взаимосвязь с другими министерствами, например социального обеспечения (которое может предоставлять ассистивные устройства или субсидии для получения услуг и оборудования), труда (для проведения профессиональной реабилитации) и образования (например, для подготовки кадров). Значительный вклад в предоставление услуг по реабилитации часто вносят негосударственные структуры, включая религиозные организации и частный (некоммерческий) сектор. Важную роль в определении механизма координации и регулирования деятельности различных секторов и партнеров играют правительственные структуры.

42. Абилитация и реабилитация проводятся на добровольной основе, однако некоторым людям может потребоваться помощь в принятии решений относительно выбора методов лечения. При всех случаях услуги по абилитации, реабилитации, помощи и поддержке, а также реабилитации по месту жительства должны расширять права и возможности лиц с инвалидностью и их семей. Активное участие лиц с инвалидностью и семей детей с инвалидностью в принятии решений является залогом успеха услуг по абилитации, реабилитации, помощи и поддержке.

**ЗАДАЧА 2: УКРЕПИТЬ И РАСШИРИТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ, АССИСТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ, А ТАКЖЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА УРОВНЕ МЕСТНОГО СООБЩЕСТВА**

Показатели успеха	Средства контроля	Свидетельство успеха
<p><b>2.1</b> X% стран, имеющих национальные стратегии в отношении абилитации, реабилитации и услуг или программ по месту жительства, касающихся людей с инвалидностью</p> <p><b>2.2</b> Количество выпускников учебных заведений на 10 000 населения – по уровню и области знаний</p> <p><b>2.3</b> Доля населения, охваченного услугами реабилитации или другими услугами по месту жительства</p> <p><b>2.4</b> Доля лиц с инвалидностью, получающих ассистивные технологии, в которых они нуждаются (например, слуховые аппараты, очки, протезы/ортопедические изделия)</p>	<p>Использование Международной стандартной классификации профессий и опросные исследования, проводимые профессиональными организациями</p> <p>Сбор данных путем опроса лиц, являющихся основными источниками информации в министерствах здравоохранения и организациях гражданского общества или лиц с инвалидностью, проводимый Секретариатом на исходном уровне и через 5 и 10 лет (показатель 2.3)</p> <p>Использование опросников по проблеме инвалидности, таких как Типовой опросник по инвалидности ВОЗ (показатель 2.4)</p>	<p>Наличие законодательства, политики и норм в отношении реабилитационных и социальных услуг по месту жительства, соответствующих положениям Конвенции о правах инвалидов</p>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 2	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
<p><b>2.1</b> Обеспечение ведущей роли и стратегического руководства для разработки и укрепления политики, стратегий и планов в отношении услуг по абилитации, реабилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, реабилитации по месту жительства и связанных с ними стратегий</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка или пересмотр законодательства, стандартов и регуляторных механизмов в отношении услуг по абилитации, реабилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, реабилитации по месту жительства и связанных с ними стратегий</li> <li>• Проведение ситуационного анализа для разработки политики и планирования</li> <li>• Повышение уровня информированности о реабилитации и разработка механизмов для планирования, координации и финансирования национального сектора реабилитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление технического руководства, доработка и распространение научно обоснованных рекомендаций по лечебно-оздоровительной реабилитации</li> <li>• Предоставление технического руководства и поддержки для наращивания потенциала в министерствах здравоохранения и других соответствующих секторах для разработки, внедрения и мониторинга законодательства, политики, стратегий и планов</li> <li>• Проведение региональных мероприятий по разработке и/или усилению планов действий по реабилитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непосредственное участие в разработке политики, стратегий и планов</li> <li>• Оказание технической помощи и поддержки странам, создающим или расширяющим реабилитационные службы</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 2	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание поддержки в проведении национальных и региональных ситуационных анализов, результаты которых могут быть использованы при составлении планов укрепления системы предоставления услуг</li> </ul>	
<p><b>2.2</b> Предоставление адекватных финансовых ресурсов для предоставления надлежащих услуг по абилитации и реабилитации и ассистивных технологий</p>	<p>Разработка и укрепление механизмов финансирования для расширения охвата и доступа к приемлемым по стоимости услугам по абилитации, реабилитации и ассистивным технологиям. В зависимости от конкретной ситуации в каждой стране, может использоваться сочетание следующих подходов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>государственное финансирование, ориентированное на людей с инвалидностью, с уделением приоритета основным элементам реабилитации, включая ассистивные технологии, но также на тех, кто не имеет возможности платить</li> <li>обеспечение справедливого доступа к реабилитации путем охвата медицинским и социальным страхованием</li> <li>перераспределение и перенаправление имеющихся ресурсов</li> <li>оказание поддержки с помощью международного сотрудничества, например, при гуманитарных кризисах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление в сотрудничестве с другими соответствующими организациями научно-обоснованного руководства для министерств здравоохранения, других соответствующих секторов и заинтересованных сторон по надлежащим механизмам финансирования услуг по реабилитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Поддержка национальным руководством увеличения объема ресурсов, выделяемых на цели реабилитации</li> <li>Предоставление финансовой поддержки с помощью международного сотрудничества, в том числе при гуманитарных кризисах</li> </ul>
<p><b>2.3</b> Подготовка и поддержание устойчивых кадровых ресурсов для</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Разработка и внедрение национальных планов по охране здоровья и реабилитации для</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление научно обоснованного руководства для министерств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Разработка стандартов обучения для различных типов и уровней</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 2	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
<p>проведения реабилитации и абилитации в рамках более широкой стратегии в области здравоохранения</p>	<p>увеличения численности и потенциала кадровых ресурсов в области реабилитации</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшение условий работы, системы вознаграждения и карьерных возможностей для привлечения и удержания персонала служб реабилитации</li> <li>• Разработка национальных стандартов подготовки кадров для служб реабилитации разных типов и уровней, обеспечивающих возможность карьерного роста и повышения квалификации на разных уровнях</li> <li>• Обучение работников здравоохранения для раннего выявления, оценки и направления к специалистам людей, которые могут извлечь пользу из услуг по реабилитации, абилитации, помощи и поддержки</li> </ul>	<p>здравоохранения, других соответствующих секторов и заинтересованных сторон в отношении набора, обучения и удержания реабилитационного персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание технического содействия министерствам здравоохранения, другим соответствующим секторам и заинтересованным сторонам в наращивании потенциала по подготовке провайдеров услуг и разработка стандартов обучения</li> <li>• Разработка онлайн-ового учебного курса по реабилитации по месту жительства для усиления кадрового потенциала, особенно на уровне местных сообществ</li> </ul>	<p>специализированного реабилитационного персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наращивание потенциала в области подготовки кадров в соответствии с национальными планами в области охраны здоровья и реабилитации</li> <li>• Осуществление мер по улучшению системы найма на работу и удержания специализированного реабилитационного персонала, особенно в сельских и отдаленных районах</li> <li>• Обучение неспециализированного о медицинского персонала в области инвалидности и реабилитации в соответствии с их функциями и обязанностями</li> </ul>
<p><b>2.4</b> Расширение и укрепление служб реализации и абилитации, обеспечивающее интеграцию, на всех этапах оказания помощи, на первичном (в том числе по месту жительства), вторичном и третичном уровнях системы здравоохранения, а также справедливый доступ, включая службы оказания оперативной ранней помощи детям с инвалидностью</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пересмотр существующих программ и служб реабилитации и внесение необходимых изменений для повышения уровня охвата, эффективности и результативности</li> <li>• Интеграция реабилитационных служб в существующую инфраструктуру здравоохранения, социального обеспечения и образования</li> <li>• Использование реабилитации по месту жительства в качестве стратегии для дополнения и усиления</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание поддержки странам в интеграции услуг по реабилитации и абилитации в систему здравоохранения с уделением внимания децентрализации услуг на первичном/местном уровне</li> <li>• Разработка соответствующих средств и учебных материалов для развития и укрепления служб абилитации и реабилитации, в том числе для детей</li> <li>• Предоставление технического руководства для стран, желающих разработать и укрепить программы реабилитации по месту жительства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа с министерствами здравоохранения по расширению и укреплению системы предоставления услуг по реабилитации в соответствии с национальными планами в области реабилитации</li> <li>• Содействие проведению реабилитации по месту жительства в качестве эффективной стратегии для поддержки лиц с инвалидностью и расширения их доступа к службам реабилитации</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 2	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
	<p>существующей системы предоставления услуг по абилитации и реабилитации, особенно в странах с небольшим количеством служб</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Создание механизмов для эффективной координации деятельности различных провайдеров услуг по реабилитации на разных уровнях системы здравоохранения</li> <li>Работа с широким кругом заинтересованных сторон для предоставления услуг детям с инвалидностью и координации деятельности различных учреждений, отвечающих за эти вопросы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание поддержки созданию глобальной базы данных по программам реабилитации по месту жительства и создание соответствующей глобальной сети</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание технической и финансовой поддержки для осуществления программ высококачественной реабилитации по месту жительства, и поддержание существующих сетей на глобальном, региональном и страновом уровнях</li> <li>Работа с соответствующими заинтересованными сторонами для создания и упорядочения систем направления к специалистам для обеспечения доступа лиц с инвалидностью, включая детей, к получению услуг, в которых они нуждаются, на всех уровнях системы здравоохранения</li> </ul>
<p><b>2.5</b> Создание надлежащих ассистивных технологий, являющихся безопасными, высококачественными и приемлемыми по стоимости</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечить включение ассистивных технологий в политику, стратегии и планы в области охраны здоровья, реабилитации и других соответствующих секторов, с предоставлением необходимой бюджетной поддержки</li> <li>Разработка целого ряда механизмов и программ финансирования, таких как системы аренды</li> <li>Определение стандартов для предоставления ассистивных технологий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Подготовка и распространение научно обоснованного руководства по предоставлению и использованию ассистивных технологий</li> <li>Предоставление технического содействия государствам-членам в наращивании потенциала по разработке и укреплению системы предоставления и использования ассистивных технологий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление технической и финансовой поддержки государствам-членам в наращивании потенциала по разработке и укреплению системы предоставления ассистивных технологий</li> </ul>
<p><b>2.6</b> Расширение доступа к различным службам помощи и поддержки и оказание содействия развитию навыков самообслуживания и полной интеграции в</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание содействия в разработке планов, способствующих укреплению служб помощи и поддержки по месту жительства, включая достаточные кадровые ресурсы и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание поддержки и предоставление технического руководства по разработке и реализации соответствующих стратегических механизмов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание поддержки в разработке стратегических механизмов, обеспечивающих эффективное предоставление помощи и поддержки</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 2	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
жизнь общества	<p>финансирование при закрытии институциональных учреждений</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Укрепление механизмов направления к специалистам между реабилитационными службами и службами помощи и поддержки</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание поддержки национальному руководству в выявлении и обеспечении наличия технических и финансовых ресурсов, требуемых для помощи и поддержки</li> <li>Оказание технического содействия/поддержки для обеспечения доступа лиц с инвалидностью и членов их семей и/или неофициальных лиц, осуществляющих уход, к помощи со стороны местного сообщества</li> </ul>
<p><b>2.7</b> Обеспечение участия, поддержки и расширения возможностей лиц с инвалидностью и членов их семей и/или неофициальных лиц, осуществляющих уход, для оказания содействия развитию навыков самообслуживания и полной интеграции в жизнь общества</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечение участия лиц с инвалидностью и членов их семей и/или неофициальных лиц, осуществляющих уход, во всех аспектах разработки и укрепления служб реабилитации, помощи и поддержки</li> <li>Сотрудничество с другими секторами, помимо сектора здравоохранения, для обеспечения надлежащей поддержки неофициальных лиц, осуществляющих уход</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Содействие расширению информированности и понимания прав лиц с инвалидностью и роли семей и/или неофициальных лиц, осуществляющих уход</li> <li>Поддержание и усиление партнерских связей с организациями и ассоциациями, представляющими лиц с инвалидностью и членов их семей и/или неофициальных лиц, осуществляющих уход</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Содействие обеспечению участия лиц с инвалидностью и членов их семей и/или неофициальных лиц, осуществляющих уход, во всех аспектах разработки и укрепления служб реабилитации</li> <li>Содействие пониманию важного значения неофициальных лиц, осуществляющих уход, для жизни людей с инвалидностью, а также важного значения укрепления их здоровья и благополучия</li> </ul>

**ЗАДАЧА 3: УКРЕПИТЬ СБОР СООТВЕТСТВУЮЩИХ И СОПОСТАВИМЫХ В МЕЖДУНАРОДНЫХ МАСШТАБАХ ДАННЫХ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ И ОКАЗАТЬ ПОДДЕРЖКУ ИССЛЕДОВАНИЯМ В ОБЛАСТИ ИНВАЛИДНОСТИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ УСЛУГ**

43. Данные хорошего качества и исследования в области инвалидности имеют важное значение, так как они обеспечивают основу для политики и программ, а также для эффективного распределения ресурсов. Они являются также важными для углубления понимания проблем инвалидности и успешных способов устранения препятствий и обеспечения участия и вклада лиц с инвалидностью в жизнь общества на равноправной основе.

44. Однако данные и исследования, связанные с инвалидностью и системами медико-санитарной помощи на национальном и глобальном уровнях, являются недостаточно точными и сопоставимыми. Собираются данные о смертности, но для разработки политики отсутствуют данные о функционировании и инвалидности. Национальные системы сбора данных, которые могут включать переписи, обследования населения и административные регистры данных, не часто собирают данные об инвалидности. Инвалиды зачастую исключаются из исследований, имеющих целью получение научных данных о результатах медицинской помощи. Отсутствие фактических данных является серьезным препятствием для принятия решений и, в свою очередь, влияет на доступ к основной медико-санитарной помощи и специализированным услугам для людей с инвалидностью.

45. Данные, необходимые для укрепления систем здравоохранения, включают: численность и состояние здоровья инвалидов; социальные и связанные с окружающей средой препятствия, включая дискриминацию; гибкость реагирования систем здравоохранения на потребности лиц с инвалидностью; и уровень как удовлетворенных, так и неудовлетворенных потребностей в помощи.

46. На международном уровне методологии сбора данных об инвалидности необходимо разработать, испытать в условиях различных культур и последовательно применять. Необходимы методы разукрупнения данных, касающихся инвалидов. Данные необходимо стандартизовать и сделать сопоставимыми в международных масштабах, чтобы можно было установить показатели и осуществлять мониторинг в отношении национального и международного прогресса политики в области инвалидности, а также прогресса в осуществлении Конвенции о правах инвалидов. На национальном уровне вопросы инвалидности следует включить в сбор данных, анализировать такие данные и использовать их для политики и планирования. Единообразные определения инвалидности, основанные на Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья, включая вариант для детей и молодежи, могут дать возможность получения данных, сопоставимых в международных масштабах. Включение модуля об инвалидности в существующие выборочные обследования может стать эффективным с точки зрения затрат и действенным подходом к составлению данных об инвалидах. Специальные обследования, такие как типовой опросник по инвалидности, разрабатываемый Секретариатом, должны предоставлять всеобъемлющую информацию о

характеристиках инвалидности, необходимую для разработки политики, такую как распространенность, состояния здоровья, связанные с инвалидностью, использование услуг и потребности в услугах, качество жизни, возможности и потребности в реабилитации. Дальнейшая разбивка таких данных по полу, возрасту, уровню доходов или роду занятий имеет важное значение для выявления структур и тенденций, а также получения другой информации о «подгруппах» инвалидов. Сбор административных данных может предоставить конкретную информацию о пользователях, видах, количестве и стоимости услуг.

47. Приоритетные области для исследований, связанных со здоровьем, следует отбирать на основе ситуации в странах, и они могут включать оценку проблемы инвалидности и ее детерминант; выявление препятствий для медико-санитарной помощи, реабилитации и обеспечения ассистивных технологий и стратегии преодоления таких препятствий; факторы успеха мероприятий по укреплению здоровья инвалидов; профилактику вторичных заболеваний; раннее выявление проблем в рамках первичной медико-санитарной помощи и направление к специалистам; связь между потребностями в реабилитации, получением услуг, результатами в отношении здоровья (функционирование и качество жизни) и расходами; модели оказания услуг, подходы к развитию кадровых ресурсов, условия финансирования; и эффективность с точки зрения затрат мер реабилитации, включая программы реабилитации по месту жительства. Исследования инвалидности должны охватывать лиц с инвалидностью, а программы научных исследований следует составлять при активном участии лиц с инвалидностью и организаций, которые их представляют.

<b>ЗАДАЧА 3: УКРЕПИТЬ СБОР СООТВЕТСТВУЮЩИХ И СОПОСТАВИМЫХ В МЕЖДУНАРОДНЫХ МАСШТАБАХ ДАННЫХ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ И ОКАЗАТЬ ПОДДЕРЖКУ ИССЛЕДОВАНИЯМ В ОБЛАСТИ ИНВАЛИДНОСТИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ УСЛУГ</b>		
<b>Показатели успеха</b>	<b>Средства контроля</b>	<b>Свидетельство успеха</b>
<p><b>3.1</b> X% стран, которые собрали всеобъемлющую<sup>1</sup> информацию об инвалидности</p> <p><b>3.2</b> X% стран, которые предоставили гранты для финансирования исследований инвалидности</p>	<p>Ответные меры правительства</p> <p>Национальная отчетность из министерств здравоохранения и образования, национальных центров передового опыта или академических учреждений</p>	<p>Число стран, имеющих эффективную и надежную систему мониторинга, предоставляющую сопоставимые в международных масштабах данные о здоровье и социальном положении лиц с инвалидностью</p> <p>Частота сбора данных (данные собирались или не собирались в течение последних пяти лет)</p> <p>Программы финансирования исследований, если они существуют, предоставляющие ресурсы для исследований в области инвалидности</p>

<b>ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 3</b>	<b>Предлагаемое участие государств-членов</b>	<b>Предлагаемое участие Секретариата</b>	<b>Предлагаемое участие международных и национальных партнеров</b>
<p><b>3.1</b> Улучшение сбора данных об инвалидности посредством разработки и применения стандартизированного типового опросника по инвалидности</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внедрение эффективных и надежных средств, соответствующих Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья, с тем чтобы создать условия или улучшить сбор данных об инвалидности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка основанных на фактических данных средств для содействия и поддержки сбора данных об инвалидности, включая типовый опросник по инвалидности</li> <li>• Составление руководства по привлечению лиц с инвалидностью к сбору, анализу и использованию данных об инвалидности</li> <li>• Оказание технической и поддержки государствам-членам для создания потенциала по сбору связанных с инвалидностью данных,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание технической и финансовой поддержки Секретариату для оказания помощи в разработке средств для сбора данных об инвалидности</li> <li>• Оказание технической и финансовой поддержки государствам-членам для улучшения их потенциала по сбору данных об инвалидности</li> </ul>

<sup>1</sup> Определяется как все области функционирования (нарушение функций организма, а также структуры, деятельности и участия), связанные с состояниями здоровья и факторами окружающей среды. Следует учесть, что большинство усилий по сбору данных об инвалидности после 2000 г. не учитывали факторы окружающей среды; 55 стран собрали данные по всем другим областям. Другим вариантом может быть индексация (например, один пункт для каждой области функционирования, состояния здоровья и факторов окружающей среды максимум до 5 пунктов).

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 3	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
		их анализу и использованию посредством подготовки кадров и проведения подготовки кадров	
<p><b>3.2</b> Реформирование национальных систем сбора данных, включая системы медико-санитарной информации, для регулярного включения данных об инвалидности в разбивке по полу и возрасту на основе Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Включение вопросов инвалидности в национальные системы сбора данных и предоставление данных в разбивке по полу и возрасту</li> <li>• Повышение качества административных и служебных данных об инвалидности, включая регистрационные данные систем здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление технического руководства государствам-членам в разработке и/или реформировании национальных систем сбора данных, включая системы медико-санитарной информации с целью укрепления компонента по инвалидности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание технической и финансовой поддержки государствам-членам для разработки и/или реформирования национальных систем сбора данных с целью укрепления компонента по инвалидности</li> </ul>
<p><b>3.3</b> Усиление исследований по приоритетным проблемам инвалидности, обращая особое внимание на ключевые задачи данного плана действий</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа с учреждениями, финансирующими исследования, для пропагандирования вопросов инвалидности в качестве приоритетных</li> <li>• Оказание поддержки в проведении исследований по приоритетным вопросам инвалидности (например, потребности и неудовлетворенные потребности в услугах, препятствия к предоставлению услуг, и результаты в отношении охраны здоровья и реабилитации), с распространением результатов и их использованием при выработке политики и планировании</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подготовка, публикация и распространение научно обоснованных рекомендаций для государств-членов и партнеров по приоритетным вопросам инвалидности (например, мониторинг и оценка программ реабилитации по месту жительства)</li> <li>• Сотрудничество с партнерами по научным исследованиям для проведения исследований по приоритетным вопросам инвалидности (например, инвалидность, связанная с неинфекционными заболеваниями)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание поддержки государствам-членам и Секретариату в проведении научных исследований по приоритетным вопросам инвалидности</li> </ul>
<p><b>3.4</b> Усиление и наращивание кадрового потенциала для проведения научных исследований по проблеме инвалидности в отношении разных областей знаний</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка и осуществление стратегии усиления и наращивания кадрового потенциала (включая лиц с инвалидностью) для проведения научных исследований по проблеме инвалидности</li> <li>• Сотрудничество с основными учебными и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сотрудничество с государствами-членами и основными национальными и международными партнерами для разработки стратегий усиления и наращивания кадрового потенциала для проведения научных исследований по проблеме инвалидности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание технической и финансовой поддержки государствам-членам и гражданскому обществу для разработки и осуществления стратегий усиления и наращивания кадрового потенциала</li> </ul>

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧИ 3	Предлагаемое участие государств-членов	Предлагаемое участие Секретариата	Предлагаемое участие международных и национальных партнеров
	<p>образовательными учреждениями (национальными и международными) в целях усиления и наращивания кадрового потенциала для проведения научных исследований по проблеме инвалидности</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение доступа лиц с инвалидностью к получению образования, в котором они нуждаются, чтобы влиять на программы научных исследований и самим проводить исследования</li> </ul>		<p>для проведения научных исследований по проблеме инвалидности</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение возможностей для обучения и проведения научных исследований путем установления связей между университетами в странах с низким уровнем доходов и университетами в странах с высоким и средним уровнями доходов</li> </ul>

= = =