



СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Отчет по результатам мониторинга

IMPLEMENTATION OF THE RIGHTS OF PEOPLES WITH DISABILITIES IN THE SUGHD PROVINCE, REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Report on monitoring outcomes

СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ
В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Отчет по результатам мониторинга
2-я фаза



«ООН Женщины – структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин. Активный защитник и проводник интересов женщин и девочек на глобальном уровне, ООН Женщины была создана с целью ускорения прогресса в деле соблюдения их прав по всему миру».



Общественная организация «**Бюро по правам человека и соблюдению законности**» была зарегистрирована в апреле 2000 года. В 2007 и 2011 годах организация прошла перерегистрацию в Министерстве Юстиции Республики Таджикистан. Бюро является правозащитной организацией, стремящейся к продвижению ценностей прав человека в стране.



Общественная организация «**Иштирок**» была создана в 2005 году при поддержке Национального Объединения Инвалидов Таджикистан и финансовой помощи Фонда Абилис (Финляндия). Миссией организации является представление, защита прав и интересов женщин и детей с инвалидностью, а также родителей, имеющих детей инвалидов, в Республике Таджикистан.

Данная публикация подготовлена и издана в рамках проекта ООН Женщины «Гендер и демократичное управление в развитии. Предоставление базовых услуг женщинам Таджикистана», рассчитанного на 2010-2013 годы и осуществляемого при финансовом содействии Правительства Норвегии.

Бюро по правам человека и соблюдению законности
734003, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Техрон 21.
Тел.: (+992 37) 221-08-28
www.humanrts.tj

Авторы-составители: Мадина Усманова, Тахмина Жураева, Зафар Ахмедов
Гендерный эксперт: Дильбар Тураханова
Редактор: Наргис Хамрабаева

Данный отчет составлен по результатам второго этапа мониторинга соблюдения прав лиц с ограниченными возможностями в Согдийской области Республики Таджикистан, который проводился с декабря 2011 года по июнь 2012 года.

Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат автору и могут не совпадать с официальной позицией ООН Женщины, ООН или аффилированных с ними организаций.

Электронная версия доступна по адресу:
http://www.humanrts.tj/public/userfiles/National_reports/TajPWD и www.un.tj

Copyright © Бюро по правам человека и соблюдению законности», 2012.
Для бесплатного распространения.

При использовании информации, содержащейся в данном отчете, ссылка на него обязательна.

СОДЕРЖАНИЕ:

I. ВВЕДЕНИЕ.....	7
II. РЕЗЮМЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	10
III. МЕТОДОЛОГИЯ	19
IV. ВЫБОРКА И ОБЩИЕ ДАННЫЕ ПО МОНИТОРИНГУ	21
V. АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА	23
1. Право лиц с ограниченными возможностями на образование	23
1.1. Международные стандарты	23
1.2. Национальное законодательство.....	27
1.3. Анализ	31
2. Право лиц с ограниченными возможностями на достойный труд и занятость.....	39
2.1. Международные стандарты	39
2.2. Национальное законодательство.....	46
2.3. Анализ	57
3. Право лиц с ограниченными возможностями на социальное обеспечение.....	62
3.1. Международные стандарты	62
3.2. Национальное законодательство.....	66
3.3. Анализ	75
4. Право лиц с ограниченными возможностями на здоровье и доступ к медицинским услугам	76
4.1. Международные стандарты	76
4.2. Национальное законодательство.....	79
4.3. Анализ	85
VI. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	91

VII. АНАЛИЗ ДОСТУПНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ.....	95
VIII. АНАЛИЗ ЭМПИРИЧЕСКИХ ДАННЫХ	98
1. Право на образование (в аспекте дошкольного воспитания детей с ограниченными возможностями)	98
1.1 Опрос родителей детей с ограниченными возможностями	98
2. Право на социальное обеспечение.....	100
2.1. Опрос лиц с ограниченными возможностями	100
2.2. Опрос родителей детей с ограниченными возможностями	101
3. Право на здоровье	101
3.1. Опрос лиц с ограниченными возможностями	101
3.2. Опрос родителей детей с ограниченными возможностями	105
3.3. Опрос представителей медицинских учреждений	107
IX. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	110
1. Выводы.....	110
2. Рекомендации	115
<i>Приложение:</i>	
1) Опросные листы (инструментарий).....	120

Выражаем благодарность членам мониторинговой группы: Муминовой Назире, Болтуеву Умеду, Ахмедджанову Джамшеду, Ашуровой Лоле, Джураевой Шохзоде, Обидовой Сабохат, Саидовой Муаззаме, Каримову Абдухолику, гендерному эксперту Турахановой Дильбар, юристам проекта Самадовой Дилафруз, Саидову Садриддину и другим сотрудникам проекта; партнерской организации Лига женщин-инвалидов «Иштирок», партнерской организации «Хуршеди зиндаги»; всем респондентам, которые участвовали в опросе и другим людям, внесшим вклад в реализацию данного проекта.

Выражаем отдельную благодарность Управлению социальной защиты Согдийской области и Главному Управлению Агентства социальной защиты, занятости населения и миграции Согдийской области, телекомпании СМ-1 за предоставленную информацию.

АББРЕВИАТУРЫ

ГСМСЭ	– государственная служба медико-социальной экспертизы
ДОВ	– дети с ограниченными возможностями
ДЦП	– детский церебральный паралич
ДУ	– дошкольные учреждения
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации инвалида
КЛДЖ	– Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин КПИ – Конвенция о правах инвалидов
ЛОВ	– лица с ограниченными возможностями
МПГПП	– Международный Пакт о гражданских и политических правах
МПЭСКП	– Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах
ООН	– Организация Объединенных Наций
РТ	– Республика Таджикистан
СНГ	– Содружество Независимых Государств
ТК	– Трудовой Кодекс
ЦРБ	– Центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня более миллиарда человек или около 15% населения мира живут с какой-либо формой инвалидности; из них почти 200 миллионов испытывают серьезные трудности в жизнедеятельности.

Более того, как отмечает Всемирная организация здравоохранения, в предстоящие годы распространенность инвалидности во всем мире будет увеличиваться. Прежде всего, это произойдет из-за старения населения и повышения риска инвалидности среди пожилых людей, а также с глобальным ростом таких хронических заболеваний, как диабет, сердечная недостаточность, рак и психические расстройства. В странах с низким и средним уровнем дохода на долю хронических болезней приходится, по оценкам, 66,5% от общего числа лет, прожитых с инвалидностью.¹

Согласно Всемирному обзору в области здравоохранения, около 785 миллионов человек в возрасте 15 лет и старше (15,6%) живут с инвалидностью, в то время как в Докладе о глобальном бремени болезней приведена оценка, составляющая около 975 миллионов человек (19,4%). В рамках этих оценок, согласно Всемирному обзору в области здравоохранения, 110 миллионов человек (2,2%) имеют весьма значительные трудности с функционированием, в то время как, по оценкам Доклада о глобальном бремени болезней, 190 миллионов человек (3,8%) имеют тяжелую форму инвалидности.

Измерение детской инвалидности (0–14 лет) приводится только в Докладе о глобальном бремени болезней; по его оценкам, в мире насчитывается 95 миллионов (5,1%) детей, из которых 13 миллионов (0,7%), имеют «тяжелую форму инвалидности».

Во всем мире люди с инвалидностью, по сравнению с не инвалидами, имеют более низкий уровень здоровья и образования, меньшую экономическую активность и более высокие показатели бедности. Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам здравоохранения, образования, занятости и транспорта, а также к информации.

Инвалиды значительно более уязвимы перед дефицитом таких услуг, как медико-санитарное обслуживание, реабилитация, а

¹ Всемирный доклад об инвалидности, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк развития, 2011 г.

также поддержка и помощь. Слабая координация услуг, недостаточное кадровое обеспечение и низкий уровень профессиональной подготовки персонала могут отразиться на качестве, доступности и адекватности услуг для инвалидов. Данные по 51 стране, приведенные во Всемирном обзоре в области здравоохранения, показывают, что для людей с инвалидностью вероятность сообщения о несоответствии знаний и навыков поставщиков медицинских услуг потребностям больного в два раза выше, вероятность невнимательного отношения к больному – в четыре раза выше, а вероятность отказа в предоставлении медико-санитарной помощи – примерно в три раза выше, чем для других пациентов.

Большинство инвалидов не принимают участия в процессе принятия решений по вопросам, непосредственно влияющим на их жизнь. Например, там, где у инвалидов, получающих поддержку на дому, нет возможности выбирать услуги или контролировать их оказание.

«За последние десятилетия произошел важный сдвиг в понимании сути инвалидности. Внимание уже не заостряется на том, что не так с человеком. Вместо этого инвалидность признается как следствие взаимодействия индивида со средой, которая не обеспечивает учета особенностей индивида и ограничивает или блокирует участие индивида в жизни общества. Этот подход называют социальной моделью инвалидности. Конвенция о правах инвалидов поддерживает эту модель и продвигает ее вперед, прямо признавая инвалидность в качестве правозащитной проблемы»².

Страны СНГ, как и другие высокоразвитые страны или страны со средним уровнем развития, все еще рассматривают инвалидность как, во-первых, медицинскую проблему и, во-вторых, как потребность в социальном обеспечении. Тем не менее, большинство стран уже сделали шаг по пути принятия законодательства, в основе которого лежат права человека применительно к лицам с ограниченными возможностями.³

В частности, в Таджикистане за прошедшие годы также произошли значительные позитивные изменения в сфере соблюдения прав лиц с инвалидностью. Так, в декабре 2010 года был принят новый Закон «О социальной защите инвалидов», утверждена Нацио-

² Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов, руководство для наблюдателей в области прав человека, серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17, УВКПЧ ООН, Нью-Йорк и Женева, 2010 г., с.8

³ «Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ СНГ и Балтии», ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2005 г.

нальная концепция инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями на 2011-2015 годы, в декабре 2011 года утверждены Правила обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением и Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

В то же время, в РТ все еще наблюдается ряд проблем в сфере практической реализации прав лиц с инвалидностью, которые будут более подробно изложены далее.

II. РЕЗЮМЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Статистические данные

За последний год в Таджикистане количество лиц с инвалидностью возросло почти на 20 тыс. человек. Так, если в 2011 году количество лиц с инвалидностью составляло около 152 тыс.,⁴ то в первой половине 2012 года их количество составило 171 тыс. 174 человека.⁵

Согласно данным, полученным в Управлении социального обеспечения Согдийской области, в 2011 году в области было зарегистрировано 52 тыс. 669 ЛОВ, из них женщин – 26 тыс. 874, мужчин – 25 тыс. 795. Детей с инвалидностью (до 18 лет) – 5 тыс. 143, из них девочек – 3 тыс. 041, мальчиков – 2 тыс. 102.

Только за год количество лиц с инвалидностью в Согдийской области возросло и составляет на данный момент 55 тыс. 031 человек, из них 24 тыс. 869 – женщины, 30 тыс. 162 – мужчины.

Количество детей с инвалидностью также возросло и составляет на сегодняшний день 6 тыс. 972, из них девочек – 4 тыс. 521, мальчиков – 2 тыс. 451.

Информация о проекте

С января по май 2011 года Худжандским филиалом общественной организации «Бюро по правам человека и соблюдению законности» в партнерстве с Лигой женщин– инвалидов «Иштирок», при поддержке ООН-Женщины, была реализована первая фаза проекта «Мониторинг соблюдения прав лиц с ограниченными возможностями в Согдийской области». Данный проект является частью масштабного проекта «Гендер и демократичное управление в развитии – Предоставление базовых услуг женщинам в Таджикистане».

С декабря 2011 года по июнь 2012 года была реализована вторая фаза данного проекта.

Проект включал такие компоненты, как:

- проведение мониторинга,
- выездные консультации юристов в пилотные районы,
- проведение рабочих встреч с государственными органами,

⁴ Источник: <http://regnum.ru/news/fd-abroad/tajik/1331357.html>

⁵ По данным Министерства труда и социальной защиты населения, 2012 г.

- проведение эдвокаси-кампаний по ратификации Конвенции о правах инвалидов, по вопросам переосвидетельствования лиц с инвалидностью и по вопросам доступности ЛОВ к объектам социальной и транспортной инфраструктуры.

Эдвокаси-кампания

За период реализации проекта по инициативе Бюро в СМИ были распространены три обращения от неформальной сети НПО, работающих в сфере соблюдения прав ЛОВ:

1. Первое обращение было направлено в Правительство РТ по поводу ратификации Конвенции о правах инвалидов.
2. Второе обращение в адрес мэра города Душанбе касалось доступности объектов и транспорта для ЛОВ.
3. Третье обращение о проблеме массового переосвидетельствования лиц с инвалидностью было направлено в правительство РТ и приурочено к Международному дню борьбы за права лиц с инвалидностью.

Вопросы массового переосвидетельствования инвалидов, доступности ЛОВ к объектам социальной и транспортной инфраструктуры и ратификация Конвенции о правах инвалидов поднимались также 17 апреля 2012 года в Душанбе, во время рабочей встречи с представителями Министерства труда и социальной защиты населения, Министерства здравоохранения, Исполнительного аппарата Президента РТ, Управления архитектуры и градостроительства и др.

Поводом для организации рабочей встречи стала поступающая с начала 2012 года в организации, занимающиеся продвижением и защитой прав лиц с инвалидностью, информации о том, что в отношении лиц с инвалидностью проводится повторное освидетельствование на наличие инвалидности вне сроков, установленных законодательством. Такая процедура проводилась и в отношении тех, чья инвалидность не вызывает сомнения (отсутствие конечностей ног и рук, зрения и т.д.) и установлена заключением Государственной службы медико-социальной экспертизы.

Лица с инвалидностью, а также родители детей с инвалидностью с обеспокоенностью сообщали, что к ним домой начали приходить, а некоторым просто звонить, представители подведомственных Министерству здравоохранения структур с требованием пройти всю процедуру для переосвидетельствования. При этом они обосновывали свое требование наличием приказа министра здравоохранения о переосвидетельствовании в связи с увеличившимся в последнее время количеством лиц с инвалидностью.

С точки зрения законодательства, сложившаяся ситуация противоречит нормам закона, которые устанавливают, что «переосвидетельствование инвалидов производится только по их заявлению» (статья 32 Закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан»). Кроме того, согласно Инструкции о медико-социальной экспертизе, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты РТ № 68 от 21 августа 2009 г. и Министерством здравоохранения РТ № 11 от 5 августа 2009 г., установлены сроки плановых повторных переосвидетельствований. Так, I группа инвалидности устанавливается на два года, а II и III группы – сроком на один год. Для инвалидов Чернобыльской катастрофы устанавливается бессрочная инвалидность. Очередное (повторное) обследование по установлению группы инвалидности проводится за один месяц до окончания установленного срока. Для женщин старше 58 лет и мужчин старше 63 лет повторное обследование проводится без установления сроков.

Как выяснилось, данная проверка связана с установлением лиц, незаконно оформивших инвалидность и необоснованно получающих слишком большие пенсии по инвалидности. Но обеспокоенность гражданского общества вызывает именно тот факт, что в связи с возможными злоупотреблениями отдельных должностных лиц, инвалидность может быть снята с тех, кто действительно является инвалидом, что в дальнейшем приведет к потере пенсии, которая зачастую является единственным источником дохода этих людей.

Помимо всего, переосвидетельствование всех лиц, имеющих инвалидность, требует дополнительных материальных затрат: сдача анализов, обход всех соответствующих врачей и др. Несмотря на то, что закон гарантирует лицам с инвалидностью оказание медицинской помощи в государственных медицинских и социальных учреждениях бесплатно либо на льготных условиях, зачастую им приходится платить за анализы, обследование и другие виды медицинских услуг.

По данным министра здравоохранения РТ Нусратулло Салимова, переосвидетельствование позволяет властям выявить лжеинвалидов, так как, по его словам, «такие факты имеются и их достаточно много». Лжеинвалиды, сказал Салимов, получают большие пенсии за счет людей, которые действительно страдают инвалидностью и больше нуждаются в пенсиях и других льготах. Министр также отметил, что в ходе переосвидетельствования были выявлены случаи, когда лица с инвалидностью злоупотребляют своим положением. В качестве примера министр привел случай, когда один из «чернобыльцев» оформил своих 11 детей как инвалидов и за счет этого получал

более тысячи сомони, и сам нигде не работал. Результаты обследования его детей показали, что все они здоровы и ничем не болеют.

«Тех, у кого инвалидность налицо, переосвидетельствуют не для снятия группы инвалидности, а, наоборот, для проверки состояния здоровья, чтобы принять меры по их оздоровлению и лечению», – подчеркнул министр.

Министр здравоохранения также отметил, что министерство ведет большую работу по оздоровлению инвалидов: протезирование, лечение болезней сердца и т.д. «И действия по переосвидетельствованию – как раз одно из мер оздоровления, так как направлено на защиту прав и интересов инвалидов», – сказал он. Представители Министерства здравоохранения также уточнили, что это кампания не по переосвидетельствованию группы инвалидности, а плановое медицинское освидетельствование.⁶

Выездные консультации⁷

В период с марта по начало июня 2012 года двумя юристами в рамках проекта для правового консультирования ЛОВ и родителей ДОВ были совершены выезды в пилотные районы: Ганчинский, Исфаринский, Бободжонгафуровский, а также оказывались консультации в г. Худжанд.

Юристами была оказана 71 правовая консультация 63-м ЛОВ и родителям ДОВ по различным правовым вопросам, из которых 54 составили женщины, 9 – мужчины. Было составлено 9 письменных правовых документов.

Таблица обращений по регионам:

№	Месяц	Исфара	Ганчи	Бободжонгаф.	Худжанд	Ашт
1.	март	23 обращения	11 обращений	5 обращений	1 обращение	
2.	апрель	10 обращений	6 обращений			
3.	май			2 обращения	1 обращение	1 обращение
4.	июнь		1 обращение	1 обращение	1 обращение	
5.	Итого	33	18	8	3	1

⁶ Источник: <http://news.tj/ru/news/minzdrav-tadzhikistana-i-pravozashchitniki-obsudili-voprosy-meditsinskogo-osvidetelstvovaniya-i>

⁷ Информация из отчетов, предоставленных юристами, осуществлявшими выездные консультации в рамках проекта

Чаще всего инвалиды нуждались в консультациях по реализации прав и льгот ЛОВ и ДОВ, получению земельного участка, порядку обращения в государственные органы.

Следует отметить, что Закон «О социальной защите инвалидов» имеет пробелы и неясности, что приводит к тому, что данные нормы не применяются на практике (статья 15, 29 и т.д.). Статьи 11-31 закона закрепляют права и льготы для ЛОВ, однако, можно сказать, что кроме льгот, закрепленных в статьях 30-31 Закона, остальные нормы не действуют и не применяются на практике. И то льготы по бесплатному проезду в общественном транспорте предоставляются не всем ЛОВ.

К юристу за консультацией обратилась жительница Бободжонгафуровского района с вопросом о назначении пенсии для ее невестки, которая полностью занята уходом за своим ребенком-инвалидом и не имеет возможности после отпуска по уходу за ребенком выйти на прежнюю работу в школе. Согласно статье 3 Закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан», право на трудовую пенсию имеют лица, осуществляющие уход за инвалидами 1 группы или ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет. Однако в законе не прописан механизм назначения пенсии в случае, когда один из родителей или другие лица заняты уходом за ребенком с инвалидностью. Данный вопрос еще более усложняется в отношении лиц, которые раньше нигде не работали и не имеют никакого стажа работы для назначения пенсии.

Особое внимание следует обратить на то, что практически все обращения ЛОВ в государственные органы и учреждения, как для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ), так и для решения других вопросов (получение земельного участка, улучшение жилищно-бытовых условий и т.д.) оставались без рассмотрения, попытки обратиться устно в дни приема также игнорировались. Также в ходе консультаций было выявлено, что права и льготы ЛОВ крайне редко применяются на практике.

В некоторых случаях отказ в решении вопросов ЛОВ со стороны государственных органов носит совсем нелепый характер:

Малика, инвалид 1 группы, живет в доме для слепых г. Исфары, сообщила, что около 10 лет назад она обращалась с заявлением о выделении земельного участка в хукумат. В 2010 году вновь обратилась в хукумат, ей объяснили, что земельные участки не выделяются женщинам, и попросили обратиться повторно от имени мужа со всеми необходимыми документами. Супруги (оба являются инвалидами 1 группы, живут в доме для слепых) составили новое заявление от имени мужа, собрали за несколько дней все необходимые документы. При повторном обращении в хукумат им сказали, чтобы они обратились тогда, когда их сын женится. Все ответы давались со стороны сотрудников исполнительного органа государственной власти устно. Поскольку Малика незрячая, она не знает, кто ей отвечал, а фамилию она не запомнила. Как выяснил юрист, Малика даже не знает, зарегистрированы ли их заявления официально.

Юристы отмечают, что ЛОВ сильно зависимы от помощи близких, а также посторонних людей по причине отсутствия инвалидных колясок, пандусов, других условий для самостоятельного передвижения и общения. От государства ЛОВ и родители ДОВ ждут, в основном, благотворительных акций (предоставление продуктов питания, одежды). Они никуда не обращаются и не знают своих прав, а согласно закону и индивидуальной программе реабилитации ЛОВ и ДОВ имеют право и льготы на технические средства, медицинскую помощь на бесплатной или льготной основе, санаторно-курортное лечение, право на образование, обеспечение работой и получение профессионального образования, беспрепятственный доступ к объектам социальной инфраструктуры и транспортным средствам, социальное обеспечение и др.

Все клиенты, которые обращались по поводу льгот на приобретение лекарств и медицинского обслуживания в больницах, сообщили, что часто на просьбу помочь им с оплатой лекарств, или же освободить от оплаты за медицинские услуги в больницах, им отвечают, что этот вопрос – в компетенции органов социальной защиты. Однако при обращении в орган социальной защиты инвалиды вновь направляются к врачам. Вопрос так и остаётся нерешенным, в результате инвалидам приходится приобретать лекарства на свои средства. Единственная льгота – в больницах их часто освобождают от оплаты лечения на 50%.

При работе с ЛОВ в Исфаринском и Бободжонгафуровском районах, особую активность по вопросам обращения в государственные органы проявили ЛОВ Исфаринского района.

Следует отметить, что ЛОВ и члены их семей не готовы к защите своих прав, главной причиной чего является отсутствие правовых знаний, навыков обращения в государственные органы и незнание механизмов защиты своих прав.

К примеру, юрист несколько раз общалась с матерью инвалида по поводу составления обращения для получения инвалидной коляски, а также общалась с её сыном по телефону. Сын был рад поддержке, но, к сожалению, из-за того, что у него отсутствует средство передвижения, он вынужден ждать помощи матери и зависеть от нее.

Что касается индивидуальной программы реабилитации ЛОВ и ДОВ, то на вопрос юристов о наличии такой программы все клиенты ответили отрицательно.

Мониторинг

Мониторинг проводился в Исфаринском, Ганчинском, Бободжонгафуровском районах, а также в городе Худжанд Согдийской области.

Вторая фаза мониторинга охватила такие сферы, как право лиц с инвалидностью и детей с инвалидностью на социальное обеспечение, доступ к медицинским услугам и право детей с инвалидностью на школьное образование.

В ходе мониторинга было опрошено всего 483 человека, из них:

- 279 лица с инвалидностью, из которых 178 женщин
- Возраст опрошенных составил от 18 до 84 лет
- 179 родителей ДОВ, из которых 155 – женщин. Это родители 101 мальчика и 78 девочек. Возраст детей составил от 5 до 17 лет.
- 25 представителей медицинских учреждений

Согласно результатам второй фазы мониторинга, почти все опрошенные ЛОВ охвачены пенсионным обеспечением и получают пенсию в размере от 45 до 450 сомони. Почти все родители ДОВ также получают пособия на своих детей. Средний размер пенсии и пособия составляет около 100-120 сомони на ребенка.

Около 80% ЛОВ и родителей ДОВ не удовлетворены размером пенсии и пособия, т.к. получаемых средств не хватает на питание, лечение и другие нужды.

Подавляющее большинство опрошенных (91%) не проходило санаторно-курортного лечения.

В целях реабилитации и трудоустройства ЛОВ в соответствии с Законом «О социальной защите населения» разрабатывается Индивидуальная программа реабилитации инвалидов (ИПР). ИПР является важным механизмом реабилитации инвалида и его возвращения к достойной жизни в обществе. ИПР должна разрабатываться для каждого взрослого инвалида и ребенка-инвалида отдельно.

Выяснилось, что практически никто из опрошенных ЛОВ не имеет такой программы, а многие впервые слышали о ней. Подавляющее большинство родителей ДОВ также ответили, что не имеют представления об ИПР.

Льготы, предусмотренные законодательством для данной категории лиц, также не реализуются в полной мере. ЛОВ и родители ДОВ испытывают значительные трудности с получением бесплатных медикаментов и соответствующего лечения.

90% опрошенных ЛОВ ответили, что не получают бесплатных медикаментов в объеме, необходимом для полноценного лечения. Поскольку выдаваемых бесплатно медикаментов не хватает, им приходится приобретать лекарства дополнительно, за свои средства. Большинство родителей ДОВ (87%) указали, что не получают бесплатных медикаментов для своих детей. Несколько человек ответили, что бесплатно выдаются недорогие медикаменты, которые не имеют эффективного лечебного воздействия.

Большинство респондентов удовлетворены качеством медицинских услуг, оказываемых им в связи с инвалидностью. Недовольны лишь 10% опрошенных, так как считают лечение неэффективным и указывают на нехватку лекарств.

Большая часть опрошенных, которые проходили лечение в стационарных условиях в связи со своей инвалидностью, положительно оценили отношение медицинского персонала.

При этом большинство ЛОВ и родителей ДОВ вынуждают производить неофициальные выплаты за оказываемые им медицинские услуги (консультации врачей, сдача анализов, проведение процедур).

Более половины детей (59%) посещают образовательные учреждения, из них большинство посещает общеобразовательную школу (56%), а остальные учатся в специализированных школах-интернатах. Подавляющее большинство опрошенных родителей

(90%), дети которых посещают общеобразовательную школу, отметили, что не испытывали никаких проблем при устройстве детей в школу. Только 10% респондентов указали на трудности в виде отказа администрации школы в приеме ребенка.

Большинство родителей отметили положительное отношение сотрудников образовательных учреждений к своим детям.

22% из общего количества детей (179 чел.) нигде не учатся (не посещают ни школу, ни интернат, и не охвачены домашним обучением). В основном, такая ситуация наблюдается из-за тяжелых пороков развития детей, нежелания родителей видеть посторонних людей рядом с их детьми.

III. МЕТОДОЛОГИЯ

Вторая фаза проекта охватила такие сферы, как:

- социальное обеспечение ЛОВ
- право на школьное образование детей с ограниченными возможностями (ДОВ)
- право ЛОВ и ДОВ на медицинские услуги

Для достижения поставленных целей проекта была разработана методология и схема работы по мониторингу.

В качестве методов проведения мониторинга были выбраны:

- анализ национального законодательства на соответствие международным стандартам в области защиты прав инвалидов
- полуструктурированное и структурированное интервью
- фокус-группы
- анализ СМИ и доступных статистических данных

В целях проведения мониторинга был проведен анализ национального законодательства на соответствие международным договорам в области прав человека, ратифицированным РТ. Несмотря на то, что на сегодняшний день РТ все еще не является участницей Конвенции о правах инвалидов, было принято решение провести также анализ национального законодательства на соответствие данной Конвенции. Во второй фазе мониторинга, несмотря на то, что не было затронуто право ЛОВ на труд и занятость, был пересмотрен анализ законодательства в данной сфере, так как в Трудовой Кодекс РТ и другие нормативные правовые акты были внесены дополнения и изменения.

Для получения доступных статистических данных были подготовлены письма-запросы в Управление социальной защиты Согдийской области, Главное управление Агентства социальной защиты, занятости населения и миграции и Управление образования Согдийской области.

Также по запросу областная телерадиокомпания СМ-1 предоставила несколько видеороликов, касающихся ЛОВ и ДОВ.

Были разработаны и использованы вопросники для различных целевых групп:

- лиц с ограниченными возможностями

- родителей ДОВ
- руководителей общеобразовательных учреждений
- руководителей и сотрудников медицинских учреждений
- руководителей отделов образования

Для апробирования разработанного инструментария было проведено пилотажное исследование, по результатам которого в вопросники были внесены необходимые изменения и дополнения.

Необходимо отметить, что по опыту первой фазы, когда у мониторинговой группы возникли проблемы с руководителями школьных учреждений, которые отказывались от участия в интервью без наличия разрешения отдела образования, координатор проекта направил письмо с просьбой оказать содействие в проведении опроса в отдел образования исполнительного органа государственной власти Согдийской области. Однако в ответ было рекомендовано обратиться в Министерство образования РТ. Обращение со стороны ОО «Бюро по правам человека и соблюдению законности» в Министерство образования об оказании содействия в проведении опроса работников общеобразовательных учреждений также оказалось безрезультатным – ответа из Министерства попросту не последовало.

В первой фазе проекта один из членов мониторинговой группы обращался в отдел образования исполнительного органа государственной власти Согдийской области, чтобы провести беседу с заведующим данным отделом, но с его стороны также был получен отказ со ссылкой на необходимость получения разрешения Министерства образования РТ. Чиновник также сообщил, что запрещает проводить опросы среди руководителей городских и районных отделов образования Согдийской области.

IV. ВЫБОРКА И ОБЩИЕ ДАННЫЕ ПО МОНИТОРИНГУ

№	Респонденты	Худжанд	Исфара	Ганчи	Бободжонгаф.	Муж	Жен	Общее количество
1.	ЛОВ	68	89	54	68	101	178	279
2.	Родители ДОВ	46	40	45	48	155	24	179
3.	Медицинские работники	7	6	6	6			25

ЛОВ

Всего опрошено 279 лиц с инвалидностью в таких регионах, как г. Худжанд, Исфаринский, Ганчинский и Бободжонгафуровский районы, из которых 178 являются женщинами, 101 – мужчинами. Возраст опрошенных составлял от 18 до 84 лет.

Большинство опрошенных ЛОВ имеет II группу инвалидности (63%)⁸, из них более половины – женщины, I группу имеют 27% ЛОВ (более половины женщины), III группу имеют 6% опрошенных (более половины мужчины), остальные 4% опрошенных не оформили должным образом свою инвалидность.

Группа инвалидности	женщины	мужчины	итого
I	49	26	75
II	115	60	175
III	2	5	7

Причиной инвалидности, в основном, является патология опорно-двигательного аппарата – 33% (31% от общего количества женщин и 37% от общего количества опрошенных мужчин). На втором месте по причинам инвалидности стоит патология зрения – 24% (количество женщин с таким диагнозом в два раза больше ко-

⁸ Все процентные данные округлены до целых, погрешность составляет 0,1 – 0,5 %

личества мужчин), на третьем – ДЦП – 18% (подавляющее большинство женщины), на четвертом – патология речи и слуха – 9% (в основном, женщины). Кроме того, у 19% опрошенных имеются другие диагнозы: шизофрения, лимфовенозная недостаточность, сахарный диабет, онкологические и кардиологические заболевания.

Родители ДОВ

Всего опрошено 179 родителей ДОВ, из которых 155 – женщины. Они являются родителями 101 мальчика и 78 девочек. Возраст детей составляет от 5 до 17 лет.

Подавляющее большинство опрошенных (66%) воспитывают ребенка с инвалидностью в полной семье (со вторым супругом), 18% воспитывают ребенка в неполной семье, в основном, это женщины, 11% воспитывают ребенка со своими родителями (также большинство из них – женщины).

Почти половина детей (84 ребенка – 47%) имеют ДЦП и нарушения опорно-двигательного аппарата, у 28% развита патология речи и слуха, 20% имеют проблемы со зрением, у 5% имеются другие нарушения (умственная отсталость, эпилепсия, синдром Дауна, аутизм и др.)

Медицинские работники

Всего было опрошено 25 представителей государственных медицинских учреждений в г. Худжанд, Бободжонгафуровском, Ганчинском и Исфаринском районах. Из числа опрошенных в Худжанде трое человек работают в Центре здоровья № 1, и по одному человеку – в Центре здоровья № 2, в ГКБ № 1 г. Худжанд, в травмпункте г. Худжанд, в приюте для лиц без места жительства.

Все опрошенные в Бободжонгафуровском районе работают в местной больнице. Трое респондентов из Ганчинского района работают в ЦРБ, двое – в Центре здоровья для взрослых и один – в Центре здоровья для детей.

Опрошенные из Исфары работают в поликлинике (4 чел.) и ЦРБ (2 чел.).

V. АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

ПРАВО ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА ШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Четыре десятилетия работы по улучшению условий жизни детей с ограниченными возможностями преподали нам один важный урок: не существует такого понятия, как хорошее государственное интернатное учреждение.⁹

В соответствии со **ст. 41 Конституции** Республики Таджикистан, «*Каждый* имеет право на образование. Общее основное образование обязательно. Государство гарантирует общее основное обязательное бесплатное образование в государственных учебных заведениях. *Каждый* в рамках, определенных законом, может получить бесплатное общее среднее, начальное, профессиональное, среднее профессиональное и высшее профессиональное образование в государственных учебных заведениях».

Международные стандарты

Гарантии права на образование урегулированы многими международно-правовыми актами, включая Конвенцию о правах инвалидов (статья 24), Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах (статья 13), Международную Конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации (статья 7), Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (статья 10) и Конвенцию о правах ребенка (статья 23). Нужно отметить, что Республика Таджикистан является участницей всех перечисленных договоров в области прав человека, за исключением Конвенции о правах инвалидов.

В соответствии с **Конвенцией о правах инвалидов** государства обеспечивают инклюзивное¹⁰ образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни для развития личности, талантов и творчества инвалидов, а также их умственных и физических спо-

⁹ Профессор Гуннар Дибвад, основатель движения за интеграцию детей в общество, родительскую защиту и самозащиту лиц с ограниченными возможностями.

¹⁰ Доступное образование для всех, в частности, для лиц с инвалидностью.

собностей в самом полном объеме; наделяция инвалидов возможностью эффективно участвовать в жизни свободного общества; полного развития человеческого потенциала, а также чувства достоинства и самоуважения и усиления уважения прав человека.

Комментируя статью 24 Конвенции о правах инвалидов, Верховный комиссар ООН по правам человека указал следующее: «Конвенция признает право инвалидов на образование. С этой целью государства-участники должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни. Таким образом, учащиеся-инвалиды имеют право не исключаться по причине инвалидности из системы общего образования и право на разумные адаптационные меры, отвечающие индивидуальным потребностям учащегося. Это означает не только то, что учащиеся имеют право посещать общеобразовательные школы и не направляться в специализированные учебные заведения, но и то, что особые образовательные потребности инвалидов должны учитываться в рамках системы общего образования. Это, однако, не должно ограничиваться нахождением всех учащихся в одной классной комнате, а должна предоставляться эффективная индивидуализированная помощь, способствующая максимальному образовательному и социальному развитию».¹¹

В соответствии с международными стандартами инвалиды не должны исключаться из системы общего образования по причине инвалидности, а дети-инвалиды — из системы бесплатного и обязательного начального образования или среднего образования. Для этого они должны наравне с другими иметь доступ к инклюзивному, качественному и бесплатному начальному образованию и среднему образованию в местах своего проживания, а также к общему высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни без дискриминации и наравне с другими.

Для этих целей государства должны предпринимать следующие меры: содействовать освоению азбуки Брайля, альтернативных шрифтов, усиливающих и альтернативных методов, способов и форматов общения, а также навыков ориентации и мобильности; освоению жестового языка и поощрению языковой самобытности глухих;

¹¹ Международная конвенция о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней / Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о ходе осуществления рекомендаций, содержащихся в исследовании о правах человека инвалидов // Генеральная Ассамблея ООН. А/НРС/4/75. П. 36.

привлекать на работу учителей, в том числе, учителей-инвалидов, владеющих жестовым языком и/или азбукой Брайля, и для обучения специалистов и персонала, работающих на всех уровнях системы образования. Такое обучение охватывает просвещение в вопросах инвалидности и использование подходящих усиливающих и альтернативных методов, способов и форматов общения, учебных методик и материалов для оказания поддержки инвалидам.¹²

Подробные инструкции по вопросу обеспечения права на образование ЛОВ изложены в **Стандартных правилах ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов**.¹³ Согласно Стандартным правилам, в тех государствах, где образование является обязательным, его следует обеспечивать для детей обоего пола с различными формами и степенями инвалидности, включая самые тяжелые формы. Особое внимание следует уделять следующим лицам:

- детям самого юного возраста, являющимися инвалидами;
- детям-инвалидам дошкольного возраста;
- взрослым-инвалидам, особенно, женщинам.

Кроме этого, Правила подробно регламентируют следующие вопросы: а) политика и организация в сфере образования для лиц с ограниченными возможностями; б) инклюзивное образование; в) специальное образование; г) наличие переводчиков и вспомогательных услуг; д) возможность осваивать социализированные навыки; е) подготовка персонала и применение специальных методик при образовании лиц с ограниченными возможностями; ж) доступ к высшему и профессиональному образованию.

Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования¹⁴ также регламентирует устранение всякой дискриминации в области образования и поощрение всеобщего равенства возможностей и равного ко всем отношения в этой области.

В январе 2010 года Комитет ООН по правам ребенка вынес свои рекомендации по результатам рассмотрения Национального доклада РТ о ходе выполнения Конвенции о правах ребенка.¹⁵ Так, «Комитет сожалеет о том, что общей практикой в Таджикистане

¹² Конвенция ООН по правам инвалидов, статья 24.

¹³ Стандартные правила Организации Объединенных Наций обеспечения равных возможностей для инвалидов, Правило 6, A/RES/48/96, резолюция ООН, принятая Генеральной Ассамблеей на ее 48-й сессии 1993 года.

¹⁴ Принята 14 декабря 1960 года Генеральной конференцией Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки в культуры на ее одиннадцатой сессии.

¹⁵ Доступно по адресу: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/co/CRC-C-TJK-CO-2_ru.pdf

продолжает оставаться институционализация детей-инвалидов. Государственные учреждения для детей-инвалидов не предоставляют качественного образования, услуг по реабилитации и приобретению необходимых навыков. Кроме того, он отмечает неблагоприятные условия в таких учреждениях и недостаточность питания, а также ограниченность мер по интеграции детей-инвалидов».

Всемирная декларация об образовании для всех (Рамки действий по удовлетворению базовых образовательных потребностей)¹⁶ провозглашает необходимость обеспечения «равного доступа к образованию для всех категорий инвалидов как неотъемлемой части системы образования».

Дакарские рамки действий. В 2000 году на Всемирном форуме по образованию в Дакаре в Заявлении и Рамках действий были установлены достижимые и доступные цели в области образования, включая следующие: к 2015 году все дети младшего школьного возраста должны иметь больше возможностей доступа к полному бесплатному обучению приемлемого качества; гендерное неравенство в области образования должно быть ликвидировано, а общее качество всех аспектов образования должно быть улучшено.

Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) явилась инициатором глобального движения «Образование для всех», цель которого удовлетворить образовательные запросы всех детей, юношества и взрослых к 2015 году. Конечной целью ЮНЕСКО ставит инклюзивное образование, которое рассматривается как способ обеспечения качественного образования для всех и средство достижения более общих целей социальной интеграции. ЮНЕСКО разработало и претворяет в жизнь следующие программные документы и соглашения:

- **Рекомендации по инклюзивному образованию: доступ к образованию для всех (2005 г.);**
- **Руководящие принципы политики в области инклюзивного образования (2009 г.);**
- **Саламанкская Декларация (1994 г.).**

Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (инвалидов), принятая на Всемирной конференции по образованию лиц с особыми потребностями 8-20 июля 1994 г. гласит, что:

¹⁶ Принята на Всемирной конференции «Образование для всех» в Джомьене (Таиланд) в марте 1990 года

- каждый ребенок имеет основное право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний,
- каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности,
- необходимо разрабатывать системы образования и выполнять образовательные программы таким образом, чтобы принимать во внимание широкое разнообразие этих особенностей и потребностей,
- лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах, которые должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных, в первую очередь, на детей с целью удовлетворения этих потребностей,
- обычные школы с такой инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством борьбы с дискриминационными воззрениями, создания благоприятной атмосферы в общинах.

На 48-ой Международной конференции ЮНЕСКО по образованию (Женева, 2008 г.) 116 стран представили национальные отчеты о состоянии образования. Из отчетов о достижениях стран на пути к Целям развития тысячелетия следует, что с помощью традиционных образовательных механизмов невозможно достичь этих целей, и требуются новые решения. На национальном уровне круг рассматриваемых вопросов должен охватывать три главных стратегических направления: инфраструктура, учебные программы и поддержка и обучение учителей и учащихся. Есть и другие важные факторы, проявляющие себя в каждом из этих направлений – это финансирование и уровень технологического развития. Законодательные изменения должны проводиться параллельно с их мониторингом, который позволит оценить, решаются ли с помощью проводимых реформ поставленные задачи, и какие меры следует предпринять в дальнейшем.

Национальное законодательство

Право лиц с инвалидностью на образование урегулировано многими законами РТ: «Об образовании», «О социальной защите инвалидов», «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» и «О начальном профессиональном образовании».

Согласно **Закону РТ «Об образовании»**, гражданам РТ, независимо от любых признаков, гарантируется право на образование, и ограничение права на получение профессионального образования осуществляется только на основе требований, установленных законодательством Республики Таджикистан.¹⁷

Для детей, нуждающихся в социальной реабилитации, длительном лечении, имеющих физические, психические отклонения, организуется специальное образование.

Для этих целей организовываются общие образовательные санаторные школы, санаторные школы-интернаты, санаторные детские дома. Для детей и подростков с физическими, психическими отклонениями, не имеющих возможность учиться в обычных общеобразовательных школах, создаются специальные общеобразовательные школы, школы-интернаты и специальные классы. Эти школы, обеспечивая воспитание и обучение, лечение, медицинскую и социальную реабилитацию таких детей и подростков, подготавливают их к общественно-полезному труду. Специальное образование осуществляется на основе плана, программ и современных образовательных технологий, разрабатываемых в зависимости от вида и степени физического, психического отклонения детей и подростков. Сроки обязательного специального общего образования определяются государственным органом управления в зависимости от вида и степени физического, психического отклонения детей и подростков. Воспитание и обучение детей и подростков в специальных образовательных учреждениях является *бесплатным*.¹⁸ Учащиеся государственных специализированных образовательных учреждений находятся *на полном государственном обеспечении*.¹⁹

В соответствии с **Законом РТ «О социальной защите инвалидов»**, инвалидам гарантируются необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки. Кроме этого, государство обеспечивает инвалидам получение бесплатного дошкольного, общего, начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального, послевузовского профессионального образования, дополнительного и специального образования в государственных образовательных учреждениях общего и специального типа в соответствии с ИПР (индивидуальной программой реабилитации).

¹⁷ Закон РТ «Об образовании», статья 6

¹⁸ Статья 23 Закона РТ «Об образовании».

¹⁹ Статья 23 Закона РТ «О начальном профессиональном образовании».

Дошкольное и внешкольное воспитание ²⁰

Для дошкольного воспитания ДОВ и их реабилитации в детских дошкольных учреждениях общего типа создаются условия для пребывания в них детей-инвалидов. А для тех ДОВ, которые не могут посещать общие дошкольные учреждения, создаются специальные дошкольные учреждения. Органы образования, другие государственные органы обязаны обеспечивать доступность внешкольного воспитания детям-инвалидам, создавая для этого необходимые условия для всестороннего и надлежащего развития детей-инвалидов, воспитания у них общественной активности, интереса к труду, приобщения к науке, технике и спорту.

Общее образование детей-инвалидов ²¹

Дети-инвалиды получают общее образование в учреждениях общего среднего образования, которые при необходимости оборудуются специальными техническими средствами, а также в специальных образовательных учреждениях.

В тех случаях, когда отсутствует возможность осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в образовательных учреждениях, с учетом желания родителей (лиц, их заменяющих), их воспитание и обучение проводится на дому. В этом случае учебно-воспитательные учреждения оказывают помощь в воспитании и обучении детей-инвалидов на дому.

Профессиональное образование инвалидов

Профессиональное образование инвалидов (начальное профессиональное, среднее профессиональное, высшее профессиональное, послевузовское профессиональное образование) осуществляется в учреждениях общего образования. Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях, для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях.

При условии успешной сдачи вступительных испытаний в высшие учебные заведения преимущественно вне конкурса принимаются дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, инвалиды I и II групп, которым согласно заключению врачебно-

²⁰ Статьи 17, 18, 21 Закона РТ «Социальной защите инвалидов».

²¹ Статьи 19, 20, 23 Закона РТ «О социальной защите инвалидов».

трудовой экспертной комиссии не противопоказано обучение в учреждениях высшего образования.²²

Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов.

Национальная концепция инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями в РТ на 2011-2015 годы, утвержденная постановлением Правительства РТ от 30 апреля 2011 года, №228.

По данным, указанным в Концепции, в настоящее время в системе образования РТ действуют 7 дошкольных учреждений, предназначенных для детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями, с охватом 730 детей.

Количество школ-интернатов в республике 84, из которых 18 – социальные школы-интернаты смешанного типа, 13 – для детей с ограниченными возможностями, 5 – санаторного типа для детей, больных туберкулезом. В указанных учреждениях учатся и воспитываются 8 тыс. 971 детей (543 девочки), 1 тыс. 895 из них – дети с ограниченными возможностями.

Дети с ограниченными возможностями, в основном, обучаются в специализированных учреждениях (для детей с нарушениями слуха, зрения, речи, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития). Целенаправленное включение детей с ограничениями в развитии в общеобразовательную среду осуществляется в республике в виде отдельных фактов, индивидуального опыта и не носит регулярный характер.

Согласно ст. 34 Закона «Об охране здоровья населения» от 1997 года, дети с дефектами физического или психического развития имеют право на получение медико-социальной помощи, и они, по желанию родителей, опекунов и попечителей содержатся в специализированных детских дошкольных учреждениях, школах-интернатах, домах ребенка и домах-интернатах для детей за государственный счет. То есть закон фактически поддерживает политику институализации детей с инвалидностью в специальные учреждения.

Государственная программа развития образования на 2010-2015 гг., утвержденная постановлением Правительства

²² Часть 9 статьи 13 Закона РТ «О высшем и послевузовском профессионально образовании» от 2009 года.

РТ от 29 апреля 2009 года №254 в приоритетных направлениях высшего профессионального образования выделяет систему льгот для лиц с инвалидностью и повышение кадрового потенциала учреждений высшего профессионального образования.

В Государственной программе строительства, ремонта и реконструкции школ на 2008-2015 годы, расположенных в частных домах, вагонах, административных зданиях и общественных местах, утвержденной постановлением Правительства РТ от 27 августа 2008 года, №436, говорится о том, что в результате реализации Программы будет укреплена материально-техническая база учреждений общего образования страны, созданы условия для получения качественного конкурентоспособного образования, создана основа для перехода на обязательное среднее образование, улучшение условий обучения будет способствовать повышению качества обучения и воспитания. В итоге будут выведены из частных домов 136 школ и из вагонов 101 школа. Вместо 284 аварийных школ будут построены новые школы. 208 школ будут капитально отремонтированы, 75 недостроенных школ будут отстроены и сданы в эксплуатацию. В то же время, в Программе нет ни слова о доступности общеобразовательных учреждений для детей с инвалидностью.

Анализ соответствия национального законодательства международным стандартам в области образования ДОВ

У детей с инвалидностью ниже вероятность поступления в школу, чем у их сверстников – не инвалидов; кроме того, у них более низкие показатели продолжения обучения и перехода в следующий класс. Разрыв в показателях получения законченного образования обнаруживается во всех возрастных группах, как в странах с низким доходом, так и в странах с высоким доходом, причем данная модель более четко выражена в относительно бедных странах.²³

В Целях развития тысячелетия ООН указано, что к 2015 году все дети должны иметь доступ к начальному образованию и возможность его завершить.

Во всех странах мира дети с ограниченными возможностями и их семьи по-прежнему сталкиваются с дискриминацией и еще не в полной мере могут пользоваться своими основными правами. Интеграция детей с ограниченными возможностями в общество является вопросом социальной справедливости и существенным вкла-

²³ Всемирный доклад об инвалидности, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк развития, 2011 г.

дом в будущее общества. В его основе лежит не благотворительность или добрая воля – это неотъемлемый элемент выражения и реализации всеобщих прав человека.

По данным Всемирной организации здравоохранения, приблизительно 10 процентов детей и молодых людей во всем мире (около 200 миллионов) имеют сенсорные, интеллектуальные или психические нарушения. Из них приблизительно 80 процентов живут в развивающихся странах. Подобная статистика показывает, что врожденные или приобретенные нарушения не являются необычным или аномальным явлением.²⁴

Количество детей младше 16 лет, относящихся к этой категории, оценивается в 140-165 миллионов человек. 62 миллиона из них – дети младшего школьного возраста. Чтобы получить образование, им приходится преодолеть множество препятствий; из-за этого уровень школьной посещаемости и процент закончивших школу среди этой группы детей значительно ниже, чем у их сверстников. Из 75 миллионов детей во всем мире, не посещающих школу, треть составляют дети-инвалиды. В целом, число ДОВ, не получивших начального образования, оценивается в 186 миллионов человек.

В развивающихся странах исключение из системы образования является значительно более серьезным для лиц с ограниченными возможностями, из которых примерно 97 процентов не умеют читать и писать.²⁵

Таким образом, согласно данным, около 90 процентов детей с ограниченными возможностями в развивающихся странах не посещают школу.

Во многих странах мира широко распространенная недооценка способностей и потенциала детей с ограниченными возможностями создает порочный круг заниженных ожиданий, неуверенности в достижении целей и низкой приоритетности при распределении средств.²⁶

Деятельность на ранней стадии развития ребенка и неформальное образование играют важнейшую роль в содействии развитию детей и в их подготовке к взрослой жизни в качестве активных

²⁴ «Поощрение прав детей с ограниченными возможностями», «Дайджест Инноченти» № 13, ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2008 г.

²⁵ «Аналитическая записка: ИКТ для инклюзивного образования», Институт ЮНЕСКО по информационным технологиям в образовании, октябрь 2010 г.

²⁶ «Поощрение прав детей с ограниченными возможностями», «Дайджест Инноченти» № 13, ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2008 г.

участников местного сообщества и общества в целом. Это средство повышения осведомленности детей об их правах и преодоления предубеждений и дискриминации. Через образование дети приобретают навыки, необходимые для раскрытия их полного потенциала как индивидуумов и граждан. Образование является одним из самых эффективных средств, чтобы разорвать круг нищеты, в которой слишком часто живут дети с ограниченными возможностями и их семьи. Образование может также подготовить других детей и окружающее сообщество к продвижению концепции социальной интеграции и поможет им стать более отзывчивыми и оказывать поддержку детям с ограниченными возможностями.

В контексте образования инклюзивность означает создание беспрепятственной среды обучения, где ребенок находится в центре внимания, включая период раннего детства. Включение в жизнь общества – это не то же самое, что «интеграция», которая подразумевает помещение детей с ограниченными возможностями в нормальные условия вместе с «нормальными» детьми или помощь в их адаптации к «нормальным» стандартам. Например, в контексте обучения интеграция означает обучение детей с ограниченными возможностями в обычных школах без необходимости внесения каких-либо изменений в организационную или учебную методику. Инклюзивность, напротив, требует, чтобы школы приспособились к нуждам детей с ограниченными возможностями и обеспечили для них необходимую поддержку, чтобы все дети могли работать и учиться вместе.²⁷

Следует отметить, что в последнее время во многих странах мира наблюдается отход от практики помещения детей с инвалидностью в специальные учебные заведения. Опыт успешного инклюзивного образования во многих странах связан с расширением программ раннего вмешательства, гарантирующих ранний старт для детей и их семей.

Широко признано, что уход в учреждениях за детьми, потребности которых не могут быть удовлетворены в их собственной семье, наносит вред их благополучию и развитию. Институционализация часто означает, что дети отрезаны от своей семьи и жизни в обществе. Мировая практика показала, что, воспитываясь в такой среде, дети отстают в развитии и им наносится потенциально необратимый психологический урон.

²⁷ «Поощрение прав детей с ограниченными возможностями», «Дайджест Инноченти» № 13, ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2008 г.

Кроме того, дети в этих условиях лишены важного преимущества подражания другим детям, что является необходимым для обучения.²⁸

Отмечается, что интернаты для инвалидов несут ответственность за недостаточную самостоятельность людей с инвалидностью, их оторванность от широкой общественности и другие нарушения прав человека.²⁹

В школьных программах многих стран сегодня признано, что наилучшее образование лица с какой-либо формой инвалидности могут получить в рамках общей образовательной системы. Так, Стандартные правила предусматривают, что «государствам следует признавать принцип равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах». Для претворения в жизнь такого подхода государствам следует обеспечить, чтобы учителя обладали навыками обучения детей-инвалидов в обычных школах, и чтобы было предоставлено необходимое оборудование и оказана поддержка для обеспечения лицам с какой-либо формой инвалидности такого же уровня образования, как и лицам, не являющимся инвалидами.

Для детей, страдающих глухотой, язык глухонемых должен быть признан в качестве отдельного языка, к которому таким детям следует обеспечить доступ и важность которого следует признавать в их общей социальной сфере.³⁰

При разработке политики не всегда учитываются потребности инвалидов, или не применяются на практике существующие меры политики и стандарты. Например, в отношении мер политики, направленных на обеспечение инклюзивного образования, обзор по 28 странам – участникам партнерства «Инициатива ускоренного достижения цели образования для всех», показал, что 18 стран почти не предоставляют подробной информации о предлагавшихся ими стратегиях охвата детей-инвалидов школьным образованием либо вообще не касаются вопросов инвалидности или инклюзии. К числу наиболее распространенных недостатков в образовательной политике относятся отсутствие финансовых и других адресных стимулов для посещения школы детьми-инвалидами, а также дефи-

²⁸ «Поощрение прав детей с ограниченными возможностями», «Дайджест Инноченти» № 13, ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2008 г.

²⁹ Всемирный доклад об инвалидности, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк развития, 2011 г.

³⁰ Замечание общего порядка № 5 – Лица с какой-либо формой инвалидности, 1994 г.

цит услуг в области социальной защиты и поддержки детей-инвалидов и членов их семей.³¹

На основе данных, полученных из промышленно развитых стран, и десятилетий собственных исследований и медицинской практики Европейская академия по изучению проблем детской инвалидности считает «нормой» показатель детской инвалидности, равный, по крайней мере, 2,5 процента (1 процент – тяжелые состояния). Этот показатель рассматривается, как базовая точка, с которой можно сравнивать показатели, представленные странами ЦВЕ и СНГ. Если такие показатели значительно выше базового, это может свидетельствовать о том, что больше внимания следует уделять проблемам здравоохранения, таким, как инфекционные заболевания, травмы и повреждения, полученные в результате несчастных случаев, недостаточное питание, охрана здоровья матери, медицинское обслуживание беременных и новорожденных. Если показатель распространенности значительно ниже, это может указывать на то, что диагностика средних и тяжелых нарушений находится на низком уровне и/или существует высокий коэффициент внутриутробной смертности, смертности при родах или на раннем этапе жизни – такие показатели смертности не учитываются в статистике по инвалидности. С учетом всего этого Европейская академия по изучению проблем детской инвалидности пришла к выводу, что еще 8 процентов детского населения неспособны к учебе и/или страдают поведенческими расстройствами. Таким образом, общая доля детей с ограниченными возможностями и особыми потребностями среди детского населения любой страны составляет приблизительно 10 процентов. Такие базовые показатели сопоставимы с данными по промышленно развитым странам.

В Таджикистане многие родители, помещающие своих детей в школы-интернаты, считают, что у них не хватает времени и средств, чтобы помочь своему ребенку с ограниченными возможностями в учебе, и что в школах-интернатах они получают более качественное образование; другие рассчитывают на государственные учреждения в плане предоставления их детям питания и одежды. Согласно исследованию, проведенному НПО в Таджикистане, 62 процента родителей, дети которых находятся в учреждениях ин-

³¹ Всемирный доклад об инвалидности, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк развития, 2011 г.

тернатного типа, утверждают, что, как только финансовое положение семьи улучшится, они заберут ребенка домой.³²

К детям с ограниченными возможностями в их семьях могут относиться либо с «преувеличенной заботой», что само по себе ограничивает их возможности, либо по принципу «так угодно Богу, пусть Бог о них и позаботится», либо же дети могут оказаться «полностью лишенными присмотра». Родители могут не располагать информацией не только о доступных услугах, но и о потребностях и потенциальных возможностях таких детей. В докладе Таджикистана подчеркивается «пассивное отношение» родителей к обеспечению возможностей получения образования и развития детей с ограниченными возможностями.³³

В октябре 2006 года Управление Специального докладчика ООН по вопросам инвалидности опубликовало результаты Глобального исследования по выполнению Стандартных правил, проведенного Центром диалога и развития «Север-Юг», расположенного в Иордании. Подробные опросные листы были направлены в 191 правительственный орган государств-участников и в две организации, представляющие лиц с ограниченными возможностями, в каждой стране; информация была получена из 114 стран. Исследование показало, что, хотя и был достигнут некоторый прогресс в признании прав лиц с ограниченными возможностями, «в мире больше благих намерений, которые не всегда подкрепляются сильной политической волей». Например, 30 стран сообщили, что не принимают никаких мер, чтобы дети с ограниченными возможностями могли получать образование в единых учебных заведениях. В 37 странах образование недоступно для лиц с ограниченными возможностями с низким уровнем дохода или для женщин с ограниченными возможностями. В то же время, 84 страны сообщили о внесении соответствующих изменений в подготовку преподавателей, и все больше стран принимают политику и законодательство о содействии доступу детей с ограниченными возможностями к образованию.³⁴

Все дети должны быть с самого начала включены в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства; задача инклюзивной школы – построить систему, которая удовлетворяет потребности каждого; в инклюзивных школах все дети, а не только

³² «Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ СНГ и Балтии», ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2005 г.

³³ Источники: страновой доклад СРЮ, страновой доклад Таджикистана, 2002 год.

³⁴ «Поощрение прав детей с ограниченными возможностями», «Дайджест Инноченти» № 13, ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2008 г.

с инвалидностью, обеспечиваются поддержкой, которая позволяет им добиваться успехов, ощущать безопасность, ценность совместного пребывания в коллективе. Инклюзивные школы нацелены во многом на иные образовательные достижения, чем те, что чаще всего признаются обычным образованием. Цель такой школы – дать всем учащимся возможность наиболее полноценной социальной жизни, наиболее активного участия в коллективе, местном сообществе, тем самым обеспечить наиболее полное взаимодействие, помощь друг другу как членам сообщества. Все члены школьного коллектива и общества связаны между собой, и учащиеся не только взаимодействуют между собой в процессе обучения, но и развиваются, когда принимают совместные решения по поводу управления процессами в учебной аудитории.

Те учителя, которые уже имеют опыт работы на принципах инклюзивного образования, разработали следующие способы включения:

- 1) принимать учеников с инвалидностью «как любых других детей в классе»;
- 2) включать их в одинаковые виды деятельности, хотя ставить разные задачи;
- 3) вовлекать учеников в коллективные формы обучения и групповое решение задач;
- 4) использовать и другие стратегии коллективного участия – игры, совместные проекты, лабораторные, полевые исследования и т.д.

Инклюзивные образовательные сообщества во многом изменяют роль учителя, который вовлекается в разнообразные интеракции с учениками, больше узнавая о каждом из них, а также активнее вступают в контакты с общественностью вне школы.

В последние годы в Таджикистане уделяется большое внимание вопросам образования детей. Но, к сожалению, специфичные вопросы образования детей с инвалидностью не отражены в полной мере в национальном законодательстве, а также отсутствуют четкие механизмы по реализации законодательства в области образования ДОВ.

Следует отметить, что Закон РТ «О социальной защите инвалидов» в сфере образования гарантирует в соответствии с международными стандартами инклюзивное образование ДОВ, позволяющее ребенку с инвалидностью посещать дошкольные и школьные учреждения общего типа, где должны создаваться специальные условия для таких детей.

Так, во исполнение данного положения Закона, а также в связи с реализацией Стратегии сокращения бедности в РТ на 2007-2009 гг. в стране принята Национальная концепция инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями на 2011-2015 годы.

Несмотря на это, на данный момент в Таджикистане больше применяется концепция «специального образования», когда ребенок с инвалидностью воспитывается и обучается в специальном учреждении. В Законе РТ «Об образовании» также отдается предпочтение специальному образованию ДОВ.

Как отмечается в самой Концепции инклюзивного образования для ДОВ, целенаправленное включение детей с ограничениями в развитии в общеобразовательную среду осуществляется в республике в виде отдельных фактов, индивидуального опыта и не носит системного характера. Также в Концепции указано, что «серьезным препятствием на пути введения инклюзивного образования является неготовность общества. Уделяется мало внимания детям с физическими недугами». В этой связи следует отметить, что такая причина пассивного внедрения инклюзивного образования, как «неготовность общества», по меньшей мере, необоснованна, так как результаты второй фазы мониторинга и беседы с родителями ДОВ, посещающими общеобразовательные учреждения, показывают лояльное отношение здоровых детей и взрослых к детям с инвалидностью, посещающим общеобразовательные учреждения. А «неготовность» связана, в основном, с отсутствием материально-технического оснащения, необходимой литературы и квалифицированных кадров.

Воспитание и обучение ДОВ на дому проводится воспитателями и учителями общей категории, не обладающими специальными знаниями и навыками для работы с ДОВ, так как в РТ отсутствуют специальные программы для обучения детей с ограниченными возможностями, требующие индивидуального подхода для каждой категории ДОВ, с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка с ограниченными возможностями. Также отсутствуют программы обучения и повышения квалификации существующих воспитателей и преподавателей и методические рекомендации для работы с ДОВ.

Что касается сотрудничества в области совершенствования законодательства и практики в сфере соблюдения прав лиц с инвалидностью и детей с инвалидностью, то в Концепции инклюзивного образования планируется координация взаимодействия между правительственными и неправительственными структурами, оказываю-

щими услуги инклюзивного образования, но уделено недостаточно внимания сотрудничеству с самими организациями инвалидов.

В Законе РТ «О социальной защите инвалидов» РТ предусмотрено привлечение общественных объединений инвалидов к решению вопросов, относящихся к инвалидам. Государственные органы и другие организации должны привлекать представителей общественных объединений инвалидов к подготовке и принятию решений, затрагивающих их интересы.

Поэтому следует обратить особое внимание на необходимость широкого консультирования непосредственно с самими организациями лиц с инвалидностью и учитывать их мнение и рекомендации в ходе реализации Концепции и в целом, в формировании и реализации политики в сфере инвалидности, претворяя в жизнь один из главных лозунгов Конвенции о правах инвалидов **«Ничего о нас или для нас без нас!» (Nothing about us without us).**

ПРАВО ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА ДОСТОЙНЫЙ ТРУД И ЗАНЯТОСТЬ

Международные стандарты

В соответствии с международными стандартами, каждый человек имеет право на труд, на свободный выбор работы, на справедливые и благоприятные условия труда и на защиту от безработицы. Инвалиды имеют право получить и сохранить за собой рабочее место или заниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью и являться членами профсоюзных организаций.

Таким образом, каждый, в том числе, и лицо с инвалидностью имеет право на справедливые и благоприятные условия труда, включая, в частности:

- вознаграждение, обеспечивающее, как минимум, всем трудящимся;
- справедливую зарплату и равное вознаграждение за труд равной ценности без какого бы то ни было различия, причем, в частности, женщинам должны гарантироваться условия труда не хуже тех, которыми пользуются мужчины, с равной платой за равный труд;
- удовлетворительное существование для них самих и их семей;
- условия работы, отвечающие требованиям безопасности и гигиены;

- одинаковую для всех возможность продвижения в работе на соответствующие более высокие ступени исключительно на основании трудового стажа и квалификации;
- отдых, досуг и разумное ограничение рабочего времени и оплачиваемый периодический отпуск, равно как и вознаграждение за праздничные дни.³⁵

То есть, международными стандартами признается и поощряется право инвалидов на труд наравне с другими, включающее право на получение возможности зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который он свободно согласился, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для инвалидов.

С этой целью государства должны принимать ряд мер, направленных на обеспечение данного права.

В сфере занятости лиц с инвалидностью ключевое значение имеет защита от дискриминации и эксплуатации, закрепленная в ряде международных документов.³⁶

В этой связи, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам напоминает о принципе недискриминации в сфере доступа инвалидов к занятости, который был провозглашен в его Замечании общего порядка № 5 (1994) о лицах с какой-либо формой инвалидности: «Право каждого человека на получение возможности зарабатывать себе на жизнь трудом, который он свободно выбирает или на который он свободно соглашается», не реализуется в тех случаях, когда единственной реальной возможностью, предоставленной инвалидам, является работа в так называемых «защищенных учреждениях с условиями, явно не отвечающими стандартам».

Государствам-участникам надлежит принять меры, позволяющие инвалидам получать и сохранять подходящую работу и продвигаться по службе, способствуя тем самым их социальной интеграции или реинтеграции.

Как уже прежде отмечал Комитет (Замечание общего порядка № 3, пятая сессия (1990 год), пункт 12), долг государств-участников защищать уязвимых членов своего общества приобретает значительную важность в периоды резкого сокращения имеющихся ресурсов.

³⁵ МПЭСКП, статьи 6 и 7

³⁶ Декларация о правах инвалидов (п 10), МПГПП, статья 26 и Конвенция о правах инвалидов, статья 4 и 5.

Учитывая тот факт, что все большее количество стран полагается на рыночные силы, в этом контексте необходимо подчеркнуть два конкретных аспекта обязательств государств-участников. Первый аспект связан с необходимостью обеспечения такого положения, при котором не только государственный, но и частный сектор в соответствующих пределах подлежит регулированию, с тем, чтобы гарантировать справедливое отношение к лицам с какими-либо формами инвалидности. В условиях, когда все в большей степени приватизируются средства оказания общественных услуг и все больше делается упор на свободном рынке, необходимо, чтобы частные работодатели, частные поставщики товаров и услуг, а также другие негосударственные предприятия руководствовались недискриминационными и равными нормами в отношении лиц с какой-либо формой инвалидности. Там, где подобная защита не выходит за рамки государственного сектора, способность инвалидов принимать активное участие в жизни общества и в полной мере реализовать свои потенциальные возможности в качестве активных членов общества будет серьезно и часто произвольно ограничиваться. Это вовсе не означает, что для ликвидации дискриминации в частном секторе наиболее эффективным средством всегда будут лишь законодательные меры. Например, в Стандартных правилах особый упор делается на необходимости государства «принять меры для углубления осознания в обществе положения инвалидов, их прав, потребностей, возможностей и их вклада».

При отсутствии вмешательства со стороны правительства всегда будут случаи, когда деятельность свободного рынка будет вызывать неблагоприятные последствия для лиц с какой-либо формой инвалидности либо индивидуально, либо всей группе в целом, и в таких условиях правительства обязаны вмешиваться и принимать надлежащие меры для сдерживания, смягчения, компенсации или преодоления последствий, вызванных рыночными силами. Подобным же образом, хотя правительствам и надлежит полагаться на частные, добровольные группы по оказанию различной помощи инвалидам, подобные меры никогда не освободят правительства от их долга по обеспечению полного соблюдения своих обязательств в соответствии с Пактом.

Как говорится во Всемирной программе действий в отношении инвалидов, «главная ответственность за ликвидацию условий, ведущих к потере трудоспособности, а также за ликвидацию последствий инвалидности, лежит на правительствах».³⁷

³⁷ Замечание общего порядка № 18 – Право на труд (статья 6), 2005 г.

Гарантии обеспечения права каждого человека на труд закреплены во многих международных документах, а именно: Всеобщей Декларации прав человека (ст. 23), Декларации о правах инвалидов³⁸ (п. 7 и 10), Международном Пакте о гражданских и политических правах (ст. 26), Международном Пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 6), Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов³⁹ (п. 7), в Замечаниях общего порядка № 5 к МПЭСКП⁴⁰ (ст. 6-8), а также в основных документах Международной организации труда (МОТ), касающихся лиц с ограниченными возможностями:

- ✓ *Рекомендация МОТ № 99 о переквалификации инвалидов от 1955 года.*

До принятия последующих документов МОТ в сфере занятости лиц с ограниченными возможностями данный документ служил в качестве основы для приведения в соответствие национальных законодательств стран в области доступа ЛОВ к труду и занятости.

- ✓ *Конвенция 1983 года о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (№ 159).* Эта конвенция, принятая в начале проводившегося ООН Десятилетия людей с ограниченными возможностями, требует, чтобы государства-члены в соответствии со своими национальными условиями, практикой и возможностями формировали, осуществляли и периодически пересматривали национальную политику в области профессионального переобучения и трудоустройства инвалидов.
- ✓ *Рекомендация 1983 года (№ 168)* – принята в дополнение к Конвенции № 159 и служит руководством по ее применению.
- ✓ *Рекомендация 2004 года о развитии людских ресурсов (№ 195).* Данная рекомендация требует, чтобы государства-члены разрабатывали комплексные, скоординированные политические меры и программы профессиональной ориентации и подготовки, тесно увязанные с программами занятости, в частности с помощью государственных служб трудоустройства. Кроме того, она призывает стремиться к тому, чтобы национальные сети услуг, информирования и профориентации охватывали своей деятельностью всех людей, включая лиц с ограниченными возможностями.

³⁸ Принята Резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1975 года.

³⁹ Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года.

⁴⁰ Одиннадцатая сессия, 1994 год.

- ✓ *Рекомендация 1955 года о переквалификации инвалидов (№ 99)* – самостоятельная рекомендация, которая, как считается, опередила свое время, предложив комплексный подход к профессиональной ориентации, подготовке и трудоустройству людей с ограниченными возможностями.
- ✓ *Свод практических правил «Вопросы труда инвалидов», (Managing Disability in the Workplace, 2001)* – дополняет ряд документов, которыми руководствуется МОТ в своей работе по продвижению занятости людей с ограниченными возможностями. Свод отражает важные изменения, которые произошли с 1983 года в понимании ограниченных возможностей, а также в законодательстве, политике и услугах, касающихся людей с ограниченными возможностями. И хотя данный свод не имеет обязательной силы, если работодатели признают его, это значит, что они готовы соблюдать все содержащиеся в нем правила и порядки. Несмотря на то, что свод предназначен, в основном, для работодателей, он является крайне полезным и для правительств, от которых зависит создание правовой платформы для реализации права лиц с инвалидностью на труд.
- ✓ *Рекомендация 1925 года о минимальном размере возмещения трудящимся (№ 22)* – первая рекомендация МОТ, содержащая положения о профессиональной реабилитации работников с ограниченными возможностями.

Возвращаясь к *Рекомендации № 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов*, необходимо обратить внимание на ряд мер по переквалификации инвалидов, которые необходимо предпринять государствам:

- создание возможностей трудоустройства на свободном рынке труда, в том числе финансовое стимулирование предпринимателей для поощрения их деятельности по организации профессионального обучения и последующей занятости инвалидов, а также по разумному приспособлению рабочих мест, трудовых операций, инструментов, оборудования и организации труда, чтобы облегчить такое обучение и занятость инвалидов;
- оказание правительством соответствующей помощи в создании различных видов специализированных предприятий для инвалидов, которые не имеют реальной возможности получить работу на неспециализированных предприятиях;

- устранение, если необходимо, поэтапно, естественных, коммуникационных и архитектурных преград и помех, препятствующих проезду, доступу и свободному передвижению в помещениях, предназначенных для профессионального обучения и труда инвалидов; следует учитывать соответствующие нормы в новых общественных зданиях и оборудовании;
- там, где это возможно и целесообразно, содействие развитию соответствующих потребностям инвалидов средств транспорта, доставляющих их к местам и из мест реабилитации и работы;
- обеспечение занятости на условиях неполного рабочего времени и другие меры в области труда в соответствии с индивидуальными свойствами инвалидов, которые в настоящее время, а также когда-либо в будущем практически не смогут получить работу на условиях полного рабочего времени.

И, наконец, для обеспечения нормальной трудовой и, следовательно, социальной интеграции или реинтеграции инвалидов необходимо предоставлять ЛОВ приспособления, аппараты и оказывать другие индивидуальные услуги, позволяющие инвалидам получать и сохранять подходящую для них работу и продвигаться по службе.

Применительно к праву ЛОВ на труд и занятость особо следует отметить такой важный международно-правовой документ в области защиты и продвижения прав лиц с инвалидностью, как **Конвенция ООН о правах инвалидов**, принятая 13 декабря 2006 года резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН.

До этого времени права лиц с инвалидностью периодически затрагивались в различных международно-правовых документах, но никогда не были систематизированы в едином документе международного значения.

Согласно статье 27 Конвенции, государства-участники признают право инвалидов на труд наравне с другими; оно включает право на получение возможности зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который он свободно согласился, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для инвалидов. Государства-участники обеспечивают и поощряют реализацию права на труд, в том числе теми лицами, которые получают инвалидность во время трудовой деятельности, путем принятия, в том числе в законодательном порядке, надлежащих мер.

Государства-участники обеспечивают, чтобы инвалиды не содержались в рабстве или в подневольном состоянии и были защищены наравне с другими от принудительного или обязательного труда.

Государства-участники Конвенции, в частности, принимают следующие меры для реализации данного права:

- запрещение дискриминации по признаку инвалидности в отношении всех вопросов, касающихся всех форм занятости, включая условия приема на работу, найма и занятости, сохранения работы, продвижения по службе и безопасных и здоровых условий труда;
- защита прав инвалидов наравне с другими на справедливые и благоприятные условия труда, включая равные возможности и равное вознаграждение за труд равной ценности, безопасные и здоровые условия труда, включая защиту от домогательств, и удовлетворение жалоб;
- обеспечение того, чтобы инвалиды могли осуществлять свои трудовые и профсоюзные права наравне с другими;
- наделение инвалидов возможностью эффективного доступа к общим программам технической и профессиональной ориентации, службам трудоустройства и профессиональному и непрерывному обучению;
- расширение на рынке труда возможностей для трудоустройства инвалидов и их продвижения по службе, а также оказание помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы;
- расширение возможностей для индивидуальной трудовой деятельности, предпринимательства, развития кооперативов и организации собственного дела;
- наем инвалидов в государственном секторе;
- стимулирование найма инвалидов в частном секторе с помощью надлежащих стратегий и мер, которые могут включать программы позитивных действий, стимулы и другие меры;
- обеспечение инвалидам разумного приспособления рабочего места;
- поощрение приобретения инвалидами опыта работы в условиях открытого рынка труда;
- поощрение программ профессиональной и квалификационной реабилитации, сохранения рабочих мест и возвращения на работу для инвалидов.

Следует отметить, что Конвенция о правах инвалидов до сих пор не ратифицирована Республикой Таджикистан.

«В соответствии со **Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов**⁴¹, лица с какой-либо формой инвалидности, как в сельской местности, так и в городских районах, должны иметь равные возможности для занятия производительной и приносящей доход трудовой деятельностью на рынке труда. Для обеспечения этого крайне важно устранить искусственные барьеры для интеграции в жизнь, в целом, и в сферу занятости, в частности.

Как отмечает Международная организация труда, очень часто физические барьеры, создаваемые обществом, в таких областях, как транспорт, жильё и рабочие места, используются затем как оправдания, объясняющие, почему лица с какой-либо формой инвалидности не могут быть заняты трудовой деятельностью. Например, до тех пор, пока рабочие места будут проектироваться и создаваться таким образом, чтобы сделать их недоступными для инвалидовных колясок, наниматели смогут «оправдывать» свою неудачу трудоустроить лиц, прикованных к инвалидным коляскам. Правительствам также следует разработать политические меры, которые способствовали бы внедрению и регулированию гибких и альтернативных условий работы, разумным образом учитывающие потребности работающих инвалидов»⁴².

В сельских районах и в отдаленных местностях должны приниматься меры для содействия созданию и развитию служб профессиональной реабилитации и занятости инвалидов.⁴³

Национальное законодательство

В Таджикистане право на труд является конституционным. В соответствии со статьей 35 Конституции РТ, каждому гарантируется право на труд, выбор профессии, работы, охрану труда и социальную защиту от безработицы.

Запрет дискриминации

Запрещается дискриминация в трудовых отношениях.

Не являются дискриминацией различия в сфере труда, обусловленные свойственным данному виду труда требованиями-

⁴¹ Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года.

⁴² Замечание общего порядка № 5 к МПЭСМП: (Одиннадцатая сессия, 1994 год)*, п. 22

⁴³ Конвенция № 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, ст. 8.

ми или особой заботы государства о лицах, нуждающихся в повышенной социальной защите (женщины, несовершеннолетние, инвалиды). Лица, считающие, что они подверглись дискриминации в сфере трудовых отношений, могут обратиться с соответствующим заявлением в суд.⁴⁴

Законом «О социальной защите инвалидов» предусматривается создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов, реабилитация инвалидов. Для этих целей разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалидов (ИПР).

Гарантии обеспечения трудовой занятости инвалидов закреплены в статье 26 Закона РТ «О социальной защите инвалидов», в соответствии с которой инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:

- установление в организациях, независимо от правового статуса и форм собственности, квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;⁴⁵
- стимулирование создания организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;
- создание условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;
- создание благоприятных условий для предпринимательской деятельности инвалидов;
- организация обучения инвалидов новым профессиям.

Государство обеспечивает дополнительные гарантии гражданам, нуждающимся в социальной защите и испытывающим трудности в поиске работы и не способным на равных конкурировать на рынке труда, путем разработки и реализации целевых программ содействия занятости, создания дополнительных рабочих мест на предприятиях и организациях, независимо от организационно-правовой формы и развития специализированных организаций (включая организации для привлечения труда инвалидов), установления квоты для приема на работу инвалидов и отдельных групп населения, предоставления услуг по профессиональной ори-

⁴⁴ Трудовой Кодекс РТ, статья 4 и 7.

⁴⁵ Трудовой Кодекс РТ, статья 15

ентации, а также путем организации обучения по специальным программам и другими мерами.

Квота для приема на работу инвалидов устанавливается в соответствии с Законом Республики Таджикистан «О социальной защищенности инвалидов»:

В организациях, численность работников которых составляет не менее 20 человек, независимо от правового статуса и форм собственности устанавливается квота для приема на работу инвалидов в размере не менее пяти процентов от численности работников.

Ответственными за осуществление государственной политики содействия занятости населения на местах являются местные исполнительные органы государственной власти.

Работодатель обязан принимать инвалидов, направленных службой занятости населения в порядке трудоустройства, на рабочие места в счет установленной квоты.⁴⁶

Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается для каждой организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

Необоснованный отказ в заключении трудового договора (контракта) с работником, направленным на работу государственным органом занятости населения в счет квоты, запрещается Трудовым Кодексом РТ.⁴⁷

Порядок введения квоты для приема на работу отдельных групп населения регулируется **Правилами установления квоты для приема на работу отдельных групп населения, утвержденными постановлением Правительства РТ от 2 апреля 2009 года № 181**. Данными правилами охватывается более широкий круг социально незащищенных слоев населения, чем лица с инвалидностью. К примеру, система квотирования также охватывает родителей детей-инвалидов.

О введении квоты государственные органы занятости населения обязаны информировать население через средства массовой информации не позже двухмесячного срока после ее введения.

Согласно данным правилам, обеспечение и организация условий труда отдельным группам населения с учетом их социального положения и состояния здоровья возлагается на работодателя, обеспечивающего гражданина работой в счет квоты. В правилах специально

⁴⁶ Трудовой Кодекс РТ, статья 152

⁴⁷ Трудовой Кодекс РТ, статья 28

подчеркивается обеспечение работодателем условий труда для лиц с инвалидностью.

В то же время, несмотря на указанные правила, отсутствует четкий механизм, регулирующий порядок обеспечения лиц с инвалидностью удобными и безопасными условиями труда. Правила лишь в общих чертах описывают порядок обеспечения рабочими местами в порядке квотирования, но не могут служить для государственных органов занятости населения и работодателей подробным руководством для реализации нормы закона о системе предоставления рабочих мест лицам с инвалидностью, а также другим категориям социально уязвимых граждан.

Также в целях реализации государственной политики занятости населения Постановлением Правительства РТ от 27 февраля 2009 года № 129 утверждено Положение о Республиканском координационном комитете содействия занятости населения (Приложение 1). В основные функции Комитета, в том числе, входит установление квот предприятиям и организациям для трудоустройства лиц с инвалидностью и отдельных групп граждан.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР)

Крайне важным элементом в системе реабилитации, в том числе, трудовой, для лиц с инвалидностью является *Индивидуальная программа реабилитации инвалидов (ИПР)*.

ИПР – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определённых видов деятельности.⁴⁸

Реабилитация инвалидов включает в себя следующие направления: 1) медицинские меры восстановления, в том числе, путем хирургического вмешательства, обеспечение техническими средствами, протезно-ортопедическое обеспечение и санаторно-курортное лечение; 2) профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида включает как мероприятия, проводимые для инвалида бесплатно за счёт государственного бюджета, так и мероприятия, в оплату которых в соответствии с нормативными правовыми актами Рес-

⁴⁸ Закон РТ «О социальной реабилитации инвалидов», статья 1.

публики Таджикистан принимают участие сам инвалид либо работодатель, по вине которых получено трудовое увечье или профессиональное заболевание.

Выполнение индивидуальной программы реабилитации инвалида является обязательным для соответствующих органов государственной власти, органов самоуправления поселков и сел, предприятий, учреждений и организаций, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности (далее – организации) и физических лиц.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

ГСМСЭ, действующие на основании Инструкции о медико-социальной экспертизе, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты РТ от 21 августа 2009г. за № 68 и Министерством здравоохранения РТ от 5 августа 2009г., за №11, помимо установления инвалидности, также занимаются разработкой ИПР.

Согласно Инструкции, ИПР осуществляется в три этапа и включает в себя все медицинские, социальные и трудовые мероприятия. ИПР направляется для исполнения в медико-профилактические учреждения, управления (отделов) службы занятости населения. ГСМСЭ предоставляет инвалиду программу (информацию) с основными мероприятиями по реабилитации, в которой указывается место и продолжительность проведения мероприятия, адрес и рабочее время, указанное в программе, предприятие или организация, куда должен обратиться больной.

В случае повторного или очередного обследования для установления инвалидности в путевке ГСМСЭ медико-профилактическое учреждение предоставляет краткую информацию об основных мероприятиях по реабилитации с отметкой об их выполнении или невыполнении. Касательно выполнения потребительско-социальной программы или профессиональной реабилитации в ГСМСЭ с помощью талонов, которые совпадают с частями ИПР, после окончания мероприятий по реабилитации производятся от-

метки о выполнении или причинах невыполнения реабилитационных мероприятий.

Организациям, обеспечивающим трудоустройство инвалидов, предоставляется льготное налогообложение в соответствии с законодательством РТ. Так, согласно ст. 145 Налогового Кодекса РТ, от обложения налогом на прибыль освобождаются предприятия, в которых одновременно в отчетном налоговом году:

- не менее 50% численности работников составляют инвалиды;
- не менее 50% средств на оплату труда и иное материальное вознаграждение, включая натуральное, израсходовано на нужды инвалидов.

Закон РТ «О содействии занятости населению» от 2003 года также содержит ряд требований в отношении трудоустройства лиц с инвалидностью. Так, работодатели должны предоставлять в государственный орган занятости населения информацию, необходимую для осуществления деятельности по профессиональной реабилитации и содействию занятости инвалидов. При приеме на работу гражданина, направленного органами службы занятости, работодатель в пятидневный срок возвращает в государственный орган занятости населения направление с указанием дня приема гражданина на работу. В случае отказа в приеме на работу гражданина, работодатель делает в направлении государственного органа занятости населения отметку о дне явки гражданина и причине отказа в приеме на работу и возвращает направление гражданину. Ликвидация рабочих мест для инвалидов производится только по согласованию с государственным органом занятости населения.

Кроме того, безработные инвалиды имеют приоритетное право прохождения профессиональной подготовки, повышения квалификации и переподготовки.

В соответствии с Законом РТ «О содействии занятости населению», одним из принципов государственной политики в области содействия занятости населения является установление льгот работодателям, сохраняющим действующие и создающим новые рабочие места, в том числе, для граждан, особо нуждающихся в социальной защите и испытывающих трудности в поиске работы. Но также стоит отметить, что реальные льготы для работодателей до сих пор не установлены, и данное положение закона носит декларативный характер, что не способствует активизации работодателей в предоставлении рабочих мест лицам с инвалидностью.

«Подходящей работой», согласно этому же Закону, считается работа, которую способен выполнять гражданин, соответствующий

щая полу, образованию, специальности, профессиональной подготовке, трудовому стажу и опыту работы, условиям последнего места работы (за исключением оплачиваемых общественных работ), *состоянию здоровья, незначительно удаленная от места жительства (не более одного часа в пути)* и гарантирующая заработную плату, не ниже официально установленного уровня минимальной заработной платы». То есть, исходя из закона, незначительно удаленной от места жительства считается работа, путь до которой занимает не более одного часа, но здесь не уточняется, каким образом исчисляется указанное время – человек должен добираться пешком или на транспорте. Что касается лиц с инвалидностью, особенно, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в любом случае, работу, до которой необходимо добираться около часа, трудно назвать «подходящей», и уже не имеет большого значения, каким образом можно добраться до места работы.

Безработными не могут быть признаны граждане, отказавшиеся в течение 10 дней со дня их регистрации государственных органах занятости населения от двух вариантов подходящей работы, а впервые ищущие работу и не имеющие специальности – в случае двух отказов от получения профессиональной подготовки, или предложенной оплачиваемой работы, включая работу временного характера.⁴⁹ Данное положение закона также может ущемлять права лиц с инвалидностью, так как если лицо с инвалидностью откажется от «подходящей» работы, которая не подходит ему в связи с дальним расстоянием, он потеряет статус безработного, и ему далее не будет оказано содействие в трудоустройстве.

Безработные граждане, а также лица, ищущие работу, зарегистрированные в государственных органах занятости населения, имеют право на получение консультационных услуг и финансовой поддержки в организации самозанятости, малого предпринимательства.⁵⁰

Трудовой Кодекс РТ также устанавливает ряд льгот для лиц с инвалидностью и родителей, имеющих детей-инвалидов.

Прием на работу лиц с инвалидностью и родителей, имеющих детей с инвалидностью

Трудовой Кодекс РТ предусматривает свободу и добровольность заключения трудового договора между работодателем и работником. В то же время, ТК устанавливает обязанность работода-

⁴⁹ Статья 4 Закона

⁵⁰ Статья 8 Закона

теля заключить письменный трудовой договор с лицом с инвалидностью, направленным на работу в счет квоты.⁵¹

При отказе в приеме на работу беременной женщине или женщине, имеющей ребенка – инвалида – до восемнадцати лет, работодатель обязан сообщить ей причины отказа в письменной форме. Отказ в приеме на работу может быть обжалован в суде.⁵²

Расторжение трудового договора

По инициативе работника срочный трудовой договор (контракт) подлежит расторжению по требованию работника в случае его болезни или инвалидности, препятствующих выполнению работы по трудовому договору (контракту).⁵³

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя должно быть обоснованным. Основанием для этого является: неявка на работу в течение более четырех месяцев подряд вследствие временной нетрудоспособности, не считая отпуска по беременности и родам, если законодательством не установлен более длительный срок сохранения места работы (должности) при определенном заболевании. За работником, утратившим трудоспособность в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, место работы (должность) сохраняется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности.

Не допускается расторжение трудового договора (контракта) по инициативе работодателя в период нетрудоспособности и в период пребывания работника в отпуске за исключением случаев ликвидации предприятия, прекращения деятельности предпринимателя.⁵⁴

Прекращение трудового договора (контракта) с беременными женщинами и женщинами, имеющими детей в возрасте до трех лет (**одиноких матерей при наличии у них ребенка-инвалида до шестнадцати лет**), по инициативе работодателя не допускается, кроме случаев полной ликвидации предприятия, когда прекращение трудового договора (контракта) допускается с обязательным трудоустройством⁵⁵.

⁵¹ Трудовой Кодекс, статья 29

⁵² Трудовой Кодекс РТ, статья 159

⁵³ Трудовой Кодекс РТ, статья 45.

⁵⁴ Трудовой Кодекс РТ, статья 46.

⁵⁵ Трудовой Кодекс РТ, ст. 172.

Продолжительность рабочего дня и дополнительные отпуска для ЛОВ

Продолжительность ежедневной работы (смены) для ЛОВ не может превышать 6 часов. Рекомендации Государственной службы медико-социальной экспертизы о режиме неполного рабочего времени, снижении нагрузки и других условиях труда инвалидов обязательны для исполнения работодателем. Работающим инвалидам устанавливается шестичасовой рабочий день без уменьшения оплаты труда. Привлечение инвалидов к работе в ночное время, а также к сверхурочной работе, работе в выходные дни допускаются только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены по медицинским показаниям.⁵⁶

Ежегодный основной удлиненный отпуск устанавливается: работникам-инвалидам I и II групп в количестве 42, а инвалидам III группы – 35 календарных дней. По семейным и другим уважительным причинам работнику, по его заявлению, может быть предоставлен отпуск без сохранения заработной платы, продолжительность которого определяется по согласованию между ним и работодателем. Отпуск без сохранения заработной платы по заявлению работника предоставляется в обязательном порядке: работающим инвалидам – до 2 месяцев в году.⁵⁷

Единовременное пособие в результате несчастного случая на производстве

Работникам, получившим инвалидность в результате несчастного случая на производстве ...сверх установленного в таких случаях ущерба выплачивается единовременное пособие в размере не менее среднегодового заработка пострадавшего (Трудовой Кодекс РТ, ст. 156, а также ст. 28 Закона РТ «Об охране труда»).

Льготы для родителей, имеющих детей с инвалидностью, в трудовых отношениях

При организации сменных работ женщинам, имеющим детей – инвалидов в возрасте до 16 лет с учетом возможности производства оказывается предпочтение в использовании на работе в дневное время (Трудовой Кодекс РТ, ст. 161).

Женщины, имеющие детей в возрасте от трех до четырнадцати лет (детей-инвалидов до шестнадцати лет), могут привлекаться к

⁵⁶ Трудовой Кодекс РТ, ст. 152.

⁵⁷ Статья 85.1, 99, 152. Трудового Кодекса РТ

сверхурочным работам или направляться в командировки только с их согласия (Трудовой Кодекс РТ, ст. 162).

По просьбе женщины, имеющей ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, работодатель обязан установить ей неполный рабочий день или неполную рабочую неделю. Работа на условиях неполного рабочего времени не влечет для работника каких-либо ограничений, продолжительность ежегодного трудового отпуска, исчисления трудового стажа и других трудовых прав. (Трудовой Кодекс РТ, ст. 168).

Одному из родителей (опекуну, попечителю), воспитывающему ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, предоставляется один дополнительный выходной день в месяц с оплатой в размере дневного заработка за счет средств государственного социального страхования (Трудовой Кодекс, ст. 169).

Женщинам, имеющим ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, а также одиноким матерям, имеющим ребенка-инвалида до 18 лет ежегодные отпуска, по их желанию, предоставляются в летнее или другое удобное для них время.

Кроме того, женщинам, имеющим ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, предоставляется, по их желанию, ежегодный отпуск без сохранения заработной платы продолжительностью не менее четырнадцати календарных дней. Этот отпуск может быть присоединен к ежегодному отпуску или использован отдельно (полностью либо по частям) в период, установленный по соглашению с работодателем (Трудовой Кодекс, ст. 170, 171).

Прекращение трудового договора (контракта) с беременными женщинами и женщинами, имеющими детей в возрасте до трех лет (одинокими матерями при наличии у них ребенка-инвалида до 18 лет), по инициативе работодателя не допускается, кроме случаев полной ликвидации предприятия, когда прекращение трудового договора (контракта) допускается с обязательным трудоустройством.

Трудоустройство указанных женщин производится правопреемником ликвидируемого предприятия, а при отсутствии правопреемников обязательное оказание им помощи в подборе подходящей работы и трудоустройстве осуществляется государственным органом занятости населения с обеспечением в период трудоустройства соответствующих социальных выплат, установленных законодательством.

Обязательное трудоустройство указанных женщин осуществляется работодателем также и в случае прекращения трудового договора (контракта) в связи с истечением его срока. На период

трудоустройства за ними сохраняется заработная плата, но не свыше трех месяцев со дня окончания срочного трудового договора (контракта), статья 172 ТК РТ.

Ответственность за нарушение прав инвалидов в трудовых отношениях

Предусматривается **административная ответственность** работодателя за отказ в приеме на работу инвалидов II и III группы в пределах установленной квоты, что влечет наложение штрафа на должностных лиц в размере от 40 до 50 показателей для расчетов.

Необоснованный отказ в регистрации инвалида в качестве безработного влечет наложение штрафа на должностных лиц в размере от 40 до 50 показателей для расчетов.⁵⁸

Также законодательством предусматривается **уголовная ответственность** за заведомо незаконное увольнение лица с работы, невыполнение решения суда о восстановлении на прежнюю работу, а равно иное умышленное существенное нарушение законодательства РТ о труде. Данные действия наказываются штрафом в размере от одной до двух тысяч минимальных размеров заработной платы либо лишением свободы на срок до трех лет⁵⁹. В данной статье речь не идет конкретно о лицах с инвалидностью, но данная норма Уголовного Кодекса РТ также напрямую касается лиц с инвалидностью, в отношении которых имеется нарушение трудового законодательства.

В Таджикистане принята **Программа развития профессионального образования взрослых на 2011-2015 годы** (утверждена постановлением Правительства РТ от 30 декабря 2010 года № 696). Одной из задач данной программы является образование взрослых инвалидов, которым заключением Государственной службы медико-социальной экспертизы дано разрешение на выполнение определенных работ. Но среди мероприятий реализации программы отсутствуют специальные меры, направленные на профессиональное обучение лиц с инвалидностью, а указаны лишь общие действия, которые, в основном, направлены на профессиональное образование взрослого здорового населения, а также на трудовых мигрантов.

⁵⁸ Статья 108 Кодекса РТ об административных правонарушениях

⁵⁹ Статья 153 Уголовного Кодекса РТ

Анализ соответствия национального законодательства международным стандартам в сфере трудовой занятости инвалидов

Во время парламентского форума по вопросам инвалидности, проходившего в Канаде в 1992 году, Ширли Карр (член руководства МОТ, а в прошлом – президент Трудового конгресса Канады) отметил, что инвалиды упираются в «бетонный потолок» и «страдают от трех «НЕ»: не востребования, не занятости и не использования».

В условиях экономической и политической неопределенности защита наиболее уязвимых членов общества приобретает еще большее значение. Кроме того, для достижения провозглашенных в Декларации тысячелетия целей в области развития, касающихся борьбы с бедностью, потребуются значительные, долговременные усилия по продвижению программ занятости, развития сельских районов и сокращения бедности, которые позволят создать условия для достойного и производительного труда людей с ограниченными возможностями. Вносимый этими людьми вклад принесет их странам определенные экономические и социальные выгоды и поможет сократить существенные расходы, связанные с их социальной изоляцией.⁶⁰

Уже доказано, что между инвалидностью и бедностью существует прочная связь.

«Во всем мире насчитывается примерно 470 миллионов людей с ограниченными возможностями трудоспособного возраста. ...Очевидно, что инвалиды страдают от дефицита достойного труда гораздо сильнее, чем остальные люди. В соответствии со статистическими данными ООН, 82% людей с ограниченными возможностями в развивающихся странах живут за чертой бедности и входят в состав наиболее незащищенных и маргинализированных групп, которые, по оценкам, составляют от 15 до 20% всех бедных в этих странах»⁶¹.

У людей с инвалидностью выше вероятность быть безработными и, в целом, зарабатывать меньше, чем не инвалиды. Глобальные данные «Всемирного обзора в области здравоохранения» показывают, что занятость среди мужчин-инвалидов (35%) и женщин-инвалидов (20%) ниже, чем среди неинвалидизирован-

⁶⁰ Люди с ограниченными возможностями в сфере труда: ЦИФРЫ И ФАКТЫ, МОТ, ноябрь 2007 года

⁶¹ «Право людей с ограниченными возможностями на достойный труд», автор – Арур О’Рейли, Международное Бюро Труда, Женева, МОТ, 2007 год.

ных мужчин (65%) и женщин (30%). Недавнее исследование, проведенное Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) показывает, что в 27 странах инвалиды трудоспособного возраста испытывают значительные неудобства на рынке труда и достигают на нем худших результатов, чем неинвалидизированные лица трудоспособного возраста. В среднем, показатель занятости среди инвалидов (44%) был почти вдвое ниже, чем среди не инвалидов (75%).⁶²

Примерно 80% всех людей с ограниченными возможностями проживают в сельских районах развивающихся стран и не имеют вовсе, либо имеют лишь ограниченный доступ к услугам, в которых нуждаются. Таким образом, обеспечение людей с ограниченными возможностями достойным трудом имеет как социальный, так и экономический смысл.⁶³

Сфера занятости – это одна из сфер, где дискриминация по признаку инвалидности носит весьма очевидный и устойчивый характер. В большинстве стран уровень безработицы среди инвалидов в два-три раза выше уровня безработицы среди лиц, не являющихся инвалидами. В тех же случаях, когда люди с какой-либо формой инвалидности привлекаются к работе, в большинстве своём заняты на малооплачиваемой работе с малой социальной и правовой защищённостью и зачастую изолируются от основного рабочего рынка⁶⁴.

То есть, в сфере труда люди с ограниченными возможностями сталкиваются с общими формами дискриминации, такими, как высокий уровень безработицы, предвзятое мнение в отношении их производительности и отсутствие доступа к производственной среде.

Среди людей с ограниченными возможностями мужчины имеют почти в 2 раза больше шансов найти работу, чем женщины.⁶⁵

Конституция и национальное законодательство Таджикистана в полном соответствии с международными стандартами гарантирует право каждого человека на труд. Это означает, что лица с ограниченными возможностями имеют право на труд так же, как и все остальные люди.

Национальное законодательство Таджикистана запрещает любую дискриминацию в сфере трудовых правоотношений. В Тру-

⁶² Всемирный доклад об инвалидности, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк развития, 2011 г.

⁶³ Люди с ограниченными возможностями в сфере труда: ЦИФРЫ И ФАКТЫ, МОТ, ноябрь 2007 года

⁶⁴ Замечание общего порядка № 5 к МПЭСМП: (Одиннадцатая сессия, 1994 год), п. 20.

⁶⁵ Источник: "The Right to Decent Work of Persons with Disability", ILO Geneva, 2007

довом Кодексе РТ среди признаков, не допускающих дискриминацию в трудовых отношениях, не перечисляется такой признак, как состояние здоровья.

В самом Трудовом Кодексе имеется указание на запрет дискриминации, хотя само понятие дискриминации отсутствует.

Для самих лиц с инвалидностью, так и для родителей ДОВ, в частности, для женщин, воспитывающих ребенка-инвалида, в Трудовом Кодексе РТ установлен ряд льгот и преимуществ в сфере трудовой занятости перед остальными работниками. В 2011 году в некоторые статьи Трудового Кодекса РТ, касающиеся предоставления трудовых льгот женщинам или обоим родителям, имеющим детей с инвалидностью, был внесен ряд изменений и дополнений, согласно которым дееспособность детей-инвалидов наступает не по достижении 16 лет, как было раньше, а по достижении ими 18-летнего возраста. Тем самым, законодатель увеличил на два года пользование трудовыми льготами для родителей, имеющих детей с инвалидностью.

Согласно международным стандартам, обеспечение ЛОВ специальными мерами защиты или помощи, направленными на обеспечение равенства возможностей, необходимы и не считаются дискриминационными.

В то же время, в Трудовом Кодексе содержится ряд положений, которые могут ущемлять трудовые права лиц с инвалидностью. Так, согласно Трудовому Кодексу РТ за «работником, утратившим трудоспособность в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, место работы (должность) сохраняется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности». То есть, исходя из смысла данного положения ТК, после получения инвалидности работник лишается работы, и прежнее место работы за ним более не сохраняется.⁶⁶

В соответствии со ст. 112 ТК, при переводе работника на другую постоянную нижеоплачиваемую работу в данной организации в соответствии с медицинским заключением в связи с трудовым увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с работой, за ним сохраняется его прежний заработок в течение всего времени работы, либо до установления инвалидности. Иными словами, установление инвалидности влечет автоматическую потерю прежнего, более высокого заработка.

«Право на труд требует, в частности, изучения вопроса о том, запрещает ли трудовое законодательство дискриминацию на рабо-

⁶⁶ Ч. 5 ст. 46 Трудового Кодекса РТ

чем месте и требует ли оно от работодателей предпринимать позитивные шаги для обеспечения физически доступных зданий, а также доступных техники и технологий, таких как компьютер и интернет-технологии для тех инвалидов, которые могут в них нуждаться».⁶⁷

«Исключение лиц с инвалидностью с рынка труда может быть обусловлено отсутствием возможности добраться до рабочего места или негативным отношением работодателей и коллег, считающих, что инвалид не в состоянии справиться с работой...».⁶⁸

Конвенция о правах инвалидов призывает признать право лиц с инвалидностью на получение возможности зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который он свободно согласился, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для инвалидов. В Конвенции подчеркивается защита прав инвалидов наравне с другими на справедливые и благоприятные условия труда, включая равные возможности и равное вознаграждение за труд равной ценности, безопасные и здоровые условия труда. И, наконец, Конвенция призывает к расширению на рынке труда возможностей для трудоустройства инвалидов и их продвижения по службе, а также оказание помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы (*ст. 27 Конвенции ООН о правах инвалидов*).

В Трудовом Кодексе РТ предусмотрен ряд льгот для лиц с инвалидностью и для родителей (в основном, женщин), имеющих детей-инвалидов, в то же время, не урегулированы вопросы обеспечения ЛОВ на рабочих местах специальными приспособлениями и вопросы создания особых условий на рабочем месте.

«Специальными рабочими местами для трудоустройства инвалидов считаются места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического, организационного и другого оснащения приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов»⁶⁹.

«Приспособление» – это корректировка правила, практики, условия или требования с учетом специфических потребностей ин-

⁶⁷ Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов, руководство для наблюдателей в области прав человека, серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17, УВКПЧ ООН, Нью-Йорк и Женева, 2010 г., с.27

⁶⁸ См. там же, с.9

⁶⁹ «Право инвалидов на труд и гарантии его реализации», Е.Е. Мачульская, доктор юрид. наук, профессор кафедры трудового права МГУ им. М.В. Ломоносова, "Законодательство", N 1, январь 2008 г.

валида в целях обеспечения этому человеку возможности полноценно и на равных условиях участвовать в жизни общества. На рабочем месте приспособление может включать в себя приобретение или адаптацию программного обеспечения и клавиатуры для работника с дефектом зрения, его обучение или предоставление дополнительного времени для выполнения задачи»⁷⁰.

В Законе РТ «Об охране труда» охрана труда лиц с инвалидностью также не урегулирована, а лишь имеется указание на то, что регулирование вопросов охраны труда инвалидов осуществляется в соответствии с настоящим Законом и иными нормативными правовыми актами страны.

Трудовая занятость ЛОВ гарантируется в отдельных статьях нового Закона РТ «О социальной защите инвалидов» путем введения системы квотирования в организациях, независимо от формы собственности и правового статуса. Квота для приема на работу инвалидов устанавливается в размере не менее пяти процентов от численности работников в организациях, которая составляет не менее 20 человек.

Однако в настоящее время в мировой практике происходит критическая оценка систем квот и даже отход от них в пользу иных мер.

«Квотирование основано на двух презумпциях:

- 1) работодатели не будут нанимать большое количество работников с инвалидностью до тех пор, пока государство не обяжет их;
- 2) большинство людей с инвалидностью не способны конкурировать с людьми без инвалидности на равных и победить в этой конкуренции на основании своих деловых качеств. Иными словами, это представление, стереотип о том, что инвалиды – это менее ценные и менее производительные работники и что если таких работников необходимо вывести на открытый рынок труда, то необходимо обязать работодателей нанимать их и даже иногда предоставлять последним компенсации или льготы финансового характера»⁷¹.

Такой же вывод содержится и в исследовании, проведенном для Европейской Комиссии в 2000 году, – «Сравнение эффективности политик трудоустройства людей с инвалидностью», которое по-

⁷⁰ Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов, руководство для наблюдателей в области прав человека, серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17, УВКПЧ ООН, Нью-Йорк и Женева, 2010 г., с.21.

⁷¹ Исследование МОТ «Право на достойный труд людей с инвалидностью», 2003. Автор Артур О'Рейли

казало, что ни в одной стране, применяющей квотирование, не достигнуты ставящиеся перед ней цели».⁷²

«Для тех инвалидов, для которых по причине их собственного выбора и/или ограниченной пригодности, трудоустройство на свободном рынке труда может оказаться неподходящим, обычно создаются альтернативные формы занятости – на специализированных предприятиях или с оказанием поддержки».⁷³

ПРАВО ЛОВ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Право на социальное обеспечение также закреплено в Конституции РТ. Так, каждому гарантируется социальное обеспечение в старости, в случаях болезни, инвалидности, утраты трудоспособности, потери кормильца и в других случаях, определяемых законом (Конституция РТ, ст. 39).

Международные стандарты

Право на социальную защиту урегулировано большим количеством международных документов. В их числе: МПЭСКП (ст. 9 и 11), Конвенция о правах инвалидов (ст. 28), Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (ст. 5), Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (ст. 11), Конвенция о правах ребенка (ст. 27).

В соответствии с **Конвенцией о правах инвалидов**, ЛОВ имеют право на достаточный жизненный уровень для них самих и их семей, включающий достаточное питание, одежду и жилище, и на непрерывное улучшение условий жизни. Также ЛОВ имеют право на социальную защиту и на пользование этим правом без дискриминации по признаку инвалидности. Для этих целей государства должны принимать следующие меры:

- по обеспечению инвалидам равного доступа к получению чистой воды и по обеспечению доступа к надлежащим и недорогим услугам, устройствам и другой помощи для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью;

⁷² «Право на труд людей с инвалидностью», автор: Анна Гвоздицких, юрист Центра социально-трудовых прав, Бюллетень НП «Юристы за трудовые права», №22 2006.

⁷³ «Право людей с ограниченными возможностями на достойный труд», автор – Арутр О'Рейли, Международное Бюро Труда, Женева, МОТ, 2007 год, с. 63

- по обеспечению инвалидам, в частности женщинам, девочкам и пожилым лицам с инвалидностью, доступа к программам социальной защиты и программам сокращения масштабов нищеты;
- по обеспечению инвалидам и их семьям, живущим в условиях нищеты, доступа к помощи со стороны государства с целью покрытия связанных с инвалидностью расходов, включая надлежащее обучение, консультирование, финансовую помощь и временный патронажный уход;
- по обеспечению инвалидам доступа к программам государственного жилья;
- по обеспечению инвалидам доступа к пенсионным пособиям и программам.⁷⁴

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, комментируя статью 9 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, отметил следующее⁷⁵: «Программы социального обеспечения и поддержания доходов имеют особое значение для лиц с какой-либо формой инвалидности». Как указывается в Стандартных правилах, «государствам следует обеспечить поддержание надлежащих доходов инвалидов, которые в силу нетрудоспособности или по причинам, связанным с нетрудоспособностью, временно утратили возможность зарабатывать средства к существованию или размер их заработка уменьшился, или не имеют возможности найти работу»⁷⁶.

Такая поддержка должна учитывать особые потребности в помощи и другие расходы, часто связанные с инвалидностью. Кроме того, насколько это возможно, оказываемая поддержка должна также охватывать лиц (в подавляющем большинстве женщин), которые взяли на себя заботу об инвалиде. Такие лица, включая членов семей инвалидов, часто крайне нуждаются в финансовой поддержке в связи с тем, что они взяли на себя выполнение такой роли⁷⁷. Институционализацию лиц с какой-либо формой инвалидности, если только она не является необходимой в силу других причин, нельзя рассматривать в качестве адекватной замены социального обеспечения и прав таких лиц на поддержание доходов».

⁷⁴ Конвенция о правах инвалидов, ст. 58.

⁷⁵ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечания общего порядка № 5 (1994 год). «Лица с какой-либо формой инвалидности», пункт 28, 29.

⁷⁶ Стандартные правила обеспечения равных возможностей инвалидов, прилагаемые к резолюции 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года, правило 8, п. 1.

⁷⁷ Замечания КПЭСКП №5, A/47/415, пункт 78.

Комментируя статью 11 Пакта, Комитет указал: «В дополнение к необходимости обеспечить лиц с какой-либо формой инвалидности доступом к достаточному питанию, доступному жилью и другим элементарным материальным потребностям следует обеспечить также, чтобы для лиц с какой-либо формой инвалидности имелись вспомогательные услуги, включая вспомогательные устройства, помогающие им в повышении уровня их независимости в повседневной жизни и в осуществлении их прав»⁷⁸.

Право на достаточную одежду также приобретает особое значение применительно к лицам с какой-либо формой инвалидности, которые нуждаются в особой одежде, позволяющей им принимать всестороннее и эффективное участие в жизни общества. В этой связи следует предоставлять соответствующую персональную помощь, когда это возможно. Такого рода помощь должна оказываться таким образом и в таком духе, чтобы обеспечивалось полное уважение прав человека соответствующего лица (соответствующих лиц).

Как указано в комментарии Комитета, при определении потребности в социальном обеспечении должны учитываться ограничение трудоспособности инвалида и дополнительные расходы, связанные с инвалидностью.

Международные стандарты уделяют особое внимание правам женщин и детей. Так, в соответствии с **Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин** государства принимают все меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области занятости, с тем, чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин равные права, в частности: право на социальное обеспечение, в случае ухода на пенсию, безработицы, болезни, инвалидности, по старости и в других случаях потери трудоспособности, а также право на оплачиваемый отпуск⁷⁹. А в соответствии с **Конвенцией о правах ребенка**, каждый ребенок имеет право на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития. И, несмотря на то, что родитель (и) или другие лица, воспитывающие ребенка, несут основную ответственность в пределах своих способностей и финансовых возможностей за обеспечение условий жизни, необходимых для развития ребенка, государства в пределах своих возможностей принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей, в осуществле-

⁷⁸ Стандартные правила, правило 4.

⁷⁹ Статья 11.

нии этого права и, в случае необходимости, оказывают материальную помощь и поддерживают программы, особенно, в отношении обеспечения питанием, одеждой и жильем⁸⁰.

Программы социального обеспечения и поддержания доходов имеют особое значение для лиц с какой-либо формой инвалидности, если только она не является необходимой в силу других причин, нельзя рассматривать в качестве адекватной замены социального обеспечения и прав таких лиц на поддержание доходов.⁸¹

В Замечании общего порядка № 5 (1994 год) о лицах с какой-либо формой инвалидности Комитет подчеркнул важность обеспечения адекватной поддержки уровня доходов лиц, имеющих инвалидность, доходы которых, в силу инвалидности или факторов, связанных с инвалидностью, временно были утрачены или сократились, или которые не нашли работу, или окончательно утратили трудоспособность. Такая поддержка должна предоставляться в форме, уважающей достоинство инвалидов, и с учетом их особых потребностей в помощи, а также других расходов, зачастую связанных с инвалидностью. Оказываемая помощь, по мере возможности, должна также охватывать членов семьи или других неофициальных лиц, участвующих в уходе за инвалидом.

При разработке и осуществлении национальных стратегий и планов действий по вопросам социального обеспечения следует руководствоваться, в частности, принципами недискриминации, гендерного равенства и участия населения. Право отдельных лиц и групп участвовать в процессах принятия решений, которые могут влиять на осуществление ими своего права на социальное обеспечение, должно являться неотъемлемой частью любой политики, программы или стратегии по вопросам социального обеспечения.⁸²

Сложность процедуры обращения ЛОВ за получением льгот

Информация, предоставляемая инвалидам, часто изложена канцелярским, бюрократическим языком. В результате люди не способны заявлять о своих правах, и в случаях, когда они не имеют контакта с организациями, защищающими индивидуальные права инвалидов, недостаток информации может привести к потере или снижению выплат или задержке в их получении. В дополнение к сказанно-

⁸⁰ Конвенция по правам ребенка, ст. 27.

⁸¹ Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (Одиннадцатая сессия, 1994 год), пункт 28, 29

⁸² Замечание общего порядка № 19.1– Право на социальное обеспечение (статья 9), 2007 г.

му, присущая любой системе социальной безопасности и помощи сложность, длина и запутанность форм для подачи документов и необходимость подавать заявление в более чем один департамент или организацию – все это значительно повышает барьеры при доступе к правам, с которыми могут столкнуться инвалиды. Во многих государствах-членах информация все еще недоступна широкому кругу лиц, особенно для людей с нарушениями зрения или слуха.⁸³

Национальное законодательство

В соответствии с **Законом РТ «О пенсионном обеспечении граждан»** в зависимости от степени утраты трудоспособности инвалиды подразделяются на три группы.

Причины и группы инвалидности, а также время наступления инвалидности устанавливаются Государственными службами медико-социальной экспертизы⁸⁴.

Правовое понятие социальной защиты инвалидов содержится в **Законе РТ «О социальной защите инвалидов»**. Так, социальная защита инвалидов – это система гарантированных государством экономических и правовых мер и мер по социальному обслуживанию, обеспечивающая инвалидам условия для устранения, замещения либо компенсаций ограничения жизнедеятельности, направленная на обеспечение им равных возможностей с другими гражданами с целью участия в жизни общества.

Социальная поддержка инвалидов – это система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения. Система социальной защиты инвалидов включает в себя две составляющие – реабилитация инвалидов и обеспечение жизнедеятельности инвалидов.

Инвалиды имеют право на пенсии, пособие и социальное обслуживание в порядке, предусмотренном законодательством РТ. Работающие инвалиды, независимо от получения пенсии, имеют права на получение всех видов пособий по государственному социальному страхованию, в том числе, пособий по временной нетрудоспособности.

⁸³ Доступ инвалидов к социальным правам в Европе, автор Марк Модине, принято на 26-й сессии Комитета по реабилитации и интеграции инвалидов (CD-P-RR) (Страсбург, 7-10 октября 2003 года), стр. 57

⁸⁴ Закон «О пенсионном обеспечении граждан», ст. 27.

Инвалиды имеют право на бесплатный или льготный проезд к месту лечения в связи с протезированием и реабилитацией и обратно в порядке, установленном Правительством РТ.

Семьям, имеющим двух и более инвалидов, а также одиноким родителям-инвалидам, воспитывающим ребенка-инвалида, оказывается дополнительная социальная поддержка в порядке, определяемом Правительством РТ.

Инвалиды имеют право на бесплатный проезд в районном, межрайонном, городском и междугороднем транспорте общего пользования (за исключением такси). Инвалиды также имеют право на льготное пользование железнодорожным и воздушным транспортом. Порядок бесплатного и льготного пользования транспортом инвалидами определяется Правительством РТ.

Инвалиды имеют право на льготы, в том числе на льготное налогообложение в порядке, установленном законодательством РТ. Так, от земельного налога освобождаются приусадебные земельные участки и земли для жилищного строительства, выделенные инвалидам всех категорий при отсутствии трудоспособного члена семьи.

Инвалиды I и II групп имеют право на льготы по оплате жилья, коммунальных услуг (за исключением оплаты за электроэнергию и природный газ) и телефона, а также на льготы при выкупе в личную собственность занимаемого государственного дома (квартиры) в размере 50 процентов и им предоставляется право на внеочередную и бесплатную установку телефона, проведение линий электроэнергии, газа и питьевой воды.

Местные органы государственной власти, другие организации могут в пределах своих полномочий в соответствии с законодательством РТ устанавливать дополнительные льготы инвалидам по оплате жилого помещения, коммунальных услуг, местных налогов и других платежей.

Согласно **Закону РТ «Об органах самоуправления в поселке и селе»** председатель джамоата вносит в государственные и общественные органы предложения об улучшении материальных и жилищно-бытовых условий инвалидов.⁸⁵

Жилищный кодекс РТ регламентирует вопросы первоочередного предоставления жилого помещения различным группам лиц с инвалидностью. Так, статья 34 гарантирует первоочередное предоставление жилых помещений инвалидам I и II групп, инвалидам III группы (в отношении последних, если эти граждане получают

⁸⁵ Закону РТ «Об органах самоуправления в поселке и селе» (от 1 декабря 1994г.), ст. 19.

доходы ниже прожиточного минимума, определяемого в установленном законодательством порядке), а также семьям, воспитывающим детей инвалидов.

Статья 37 ЖК требует, чтобы инвалидам жилые помещения предоставлялись, с учетом их желания, на нижних этажах или в домах, имеющих лифты.

Согласно статье 119 закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан РТ», пенсионерам и инвалидам за счет средств соответствующих местных бюджетов *могут устанавливаться (но могут и не устанавливаться)*: льготы по оплате жилой площади, коммунальных услуг и по проезду на общественном транспорте; льготы по оплате стоимости билетов при посещении пенсионерами культурно-просветительных и театрально-зрелищных учреждений.

В соответствии с **Законом РТ «О физической культуре и спорте»**, развитие физической культуры и спорта для инвалидов имеет целью их социальную интеграцию и физическую реабилитацию. Органы государственной власти на местах обеспечивают создание условий для занятий инвалидов физической культурой и спортом на физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружениях за счет средств местного бюджета.

Организация занятий физической культурой и спортом в системе непрерывной реабилитации инвалидов (включая детей с отклонениями в развитии), подготовка кадров, методическое, медицинское обеспечение и врачебный контроль осуществляется образовательными учреждениями здравоохранения, социального обеспечения и организациями физической культуры и спорта за счет республиканского бюджета РТ.⁸⁶

В соответствии с **Законом РТ «О психиатрической помощи»**, в перечень психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемой государством, входят:

- социально-бытовое устройство инвалидов и уход за ними;
- обучение инвалидов

Психоневрологические учреждения органов социальной защиты оказывают медико-социальную помощь также и инвалидам, нуждающимся в социально-бытовом устройстве, уходе, медицинской помощи и надзоре.

Основанием для помещения в психоневрологическое учреждение органов социальной защиты является наличие у инвалида, по заключению комиссии психиатров учреждения здравоохранения, пси-

⁸⁶ Закон РТ «О физической культуре и спорте» (от 15 мая 1997 года), статья 16.

хического расстройств, лишаящего его возможности, находиться в неспециализированном учреждении органов социальной защиты.⁸⁷

Осужденные

В соответствии с **Кодексом исполнения уголовных наказаний РТ**, осужденные к лишению свободы имеют право, на общих основаниях, на государственное пенсионное обеспечение при инвалидности, потере кормильца и в иных случаях, предусмотренных законодательством РТ.

Осужденным инвалидам I и II групп создаются улучшенные жилищно-бытовые условия и устанавливаются повышенные нормы питания. Кроме этого, инвалидам I и II группы разрешается трудиться по их желанию в соответствии с законодательством РТ о труде и законодательством РТ о социальной защите инвалидов.⁸⁸

Пенсионное обеспечение лиц с инвалидностью⁸⁹

Большинство вопросов, связанных с пенсионным обеспечением граждан, закреплено в **Законе РТ «О пенсионном обеспечении граждан РТ»**. Пенсионное обеспечение лиц с инвалидностью включает в себя социальную пенсию и трудовую пенсию.

Граждане Таджикистана имеют право на государственное пенсионное обеспечение по возрасту, по инвалидности, по случаю потери кормильца и в иных случаях, предусмотренных законом.

Следует отметить, что в апреле 2012 года в ряд статей данного Закона были внесены изменения и дополнения, к примеру, возраст детей-инвалидов был изменен с 16 до 18 лет. Значительные изменения коснулись и пенсионного обеспечения лиц с инвалидностью, о которых будет сказано ниже.

Трудовая пенсия

Право на трудовую пенсию имеют:

- лица, ставшие инвалидами в связи с выполнением государственных или общественных обязанностей, либо в связи с выполнением долга гражданина Республики Таджикистан по спасению человеческой жизни, по охране государственной, коллективной собственности, собственности граждан и правопорядка;

⁸⁷ Закон РТ «О психиатрической помощи» (от 2 декабря 2002г.), ст. 16, 36, 37.

⁸⁸ Кодексом исполнения уголовных наказаний РТ (от 6 августа 2001г.), ст. 103, 104, 107.

⁸⁹ Закон «О пенсионном обеспечении граждан РТ», статьи 1,3,18, 27, 28, 32,33, 35,102,109,110, 112.

- лица, осуществляющие уход за инвалидами I группы или ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, а также за престарелым, достигшим 80-летнего возраста;
Пенсии по возрасту и по инвалидности назначаются независимо от того, прекращена работа ко времени обращения за пенсией или продолжается.

Льготные пенсии:

Право на льготные пенсии имеют следующие категории граждан:

- Женщины, родившие пять и более детей и воспитавшие их до восьмилетнего возраста, и матери инвалидов с детства, воспитавшие их до этого возраста, имеют право на пенсию по возрасту по достижении 50 лет и при стаже работы не менее 20 лет с зачетом в стаж времени ухода за детьми, или при стаже работы не менее 15 лет без зачета в стаж указанного времени ухода за детьми. При этом, к числу инвалидов с детства относятся также дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, имеющие право на получение социальной пенсии.
- лица, больные гипофизарным нанизмом (лилипуты), и диспропорциональные карлики имеют право на пенсию по возрасту:
 - мужчины – по достижении 45 лет и при стаже работы не менее 20 лет;
 - женщины – по достижении 40 лет и при стаже работы не менее 15 лет.
- инвалиды I группы по зрению:
 - мужчины – по достижении 50 лет и при стаже работы не менее 15 лет;
 - женщины – по достижении 40 лет и при стаже работы не менее 10 лет.
- участники ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС имеют право на пенсию по возрасту:
 - мужчины – по достижении 55 лет, при стаже работы не менее 25 лет;
 - женщины – по достижении 50 лет, при стаже работы не менее 20 лет.⁹⁰

⁹⁰ Пункты «в, г, д, е» статьи 15 Закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан РТ»

Надбавки к пенсии

Законом устанавливаются надбавки к пенсиям для следующих категорий пенсионеров:

- пенсии по возрасту инвалидам войны I-II групп увеличиваются на 150 процентов;
- участникам Великой Отечественной войны – инвалидам I-II групп от общих заболеваний и инвалидам войны III группы на 100 процентов минимальной пенсии по возрасту, установленной Законом;
- пенсии по возрасту инвалидам I и II групп в связи с ликвидацией аварии на Чернобыльской АЭС и других зон радиоактивных загрязнений увеличиваются на 150 процентов;
- участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и других зон радиоактивных загрязнений – инвалидам I и II групп от общих заболеваний и инвалидам III группы, получившим инвалидность вследствие экологических бедствий – на 100 процентов минимальной пенсии по возрасту.
- неработающим пенсионерам, имеющим на своем иждивении нетрудоспособных членов семьи – на каждого, но не более чем на 3-х нетрудоспособных членов семьи в размере 50 процентов минимального размера пенсии по возрасту;
- одиноким пенсионерам, достигшим 80-летнего возраста и нуждающимся в постороннем уходе, – на уход за ними в размере 50 процентов минимального размера пенсии по возрасту. При этом принадлежность к одиноким пенсионерам, а также нуждаемость в постороннем уходе устанавливаются комиссией по назначению пенсий.⁹¹

Размеры пенсий

Пенсии по инвалидности назначаются в следующих размерах: инвалидам I и II групп – 70 процентов, инвалидам III группы – 50 процентов заработка.

Если у инвалидов I, II и III групп имеется трудовой стаж, необходимый для назначения пенсии по возрасту, в том числе, на льготных условиях, то пенсия по инвалидности назначается в размере пенсии по возрасту при соответствующем стаже работы.

⁹¹ Пункты «а, б, в, е» статьи 18 Закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан РТ»

Минимальные размеры пенсии устанавливаются: по I и II группам инвалидности в размере 100 процентов, по III группе инвалидности – 50 процентов минимальной пенсии по возрасту.

Дополнениями, внесенными в статью 27 Закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан РТ» и вступившими в силу в апреле 2012 года, был установлен максимальный размер пенсии по инвалидности:

- для инвалидов I группы – 10 минимальных размеров пенсий по возрасту;⁹²
- для инвалидов II группы – 8 минимальных размеров пенсии по возрасту;
- для инвалидов III группы – 6 минимальных размеров пенсий по возрасту.

Во всех случаях максимальный размер пенсии по инвалидности не может быть меньше максимального размера пенсии по возрасту.

Пенсии при неполном стаже

Инвалидам I и II групп вследствие общего заболевания, которые не имеют достаточного для назначения полной пенсии стажа работы, назначается пенсия по инвалидности при неполном стаже в размере, пропорциональном имеющемуся трудовому стажу, но не меньше социальной пенсии, установленной соответственно по I и II группам инвалидности.

Срок и период, на который назначаются пенсии

Пенсии по инвалидности назначаются со дня установления инвалидности Государственной службой медико-социальной экспертизы, если обращение за пенсией последовало не позднее трех месяцев со дня установления инвалидности.⁹³

Пенсии назначаются на все время инвалидности, установленной Государственной службой медико-социальной экспертизы. Мужчинам-инвалидам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет пенсии по инвалидности назначаются пожизненно. Переосвидетельствование этих инвалидов производится только по их заявлению.

⁹² В настоящее время минимальная пенсия по возрасту составляет 80 сомони, следовательно, максимальный размер пенсии для инвалидов I группы составляет 800 сомони.

⁹³ Статья 92 Закона РТ «О пенсионном обеспечении граждан РТ»

В случае изменения группы инвалидности пенсия в новом размере выплачивается со дня изменения группы инвалидности. В случае признания переосвидетельствованного трудоспособным, пенсия выплачивается до конца месяца, в котором он признан трудоспособным, но не более чем до дня, по который установлена инвалидность.

Если инвалид не явился в Государственную службу медико-социальной экспертизы на переосвидетельствование в назначенный для этого срок, то выплата ему пенсии приостанавливается, а в случае признания его вновь инвалидом – возобновляется со дня приостановления, но не более чем за один месяц.

При пропуске срока переосвидетельствования по уважительной причине выплата пенсии на основании решения уполномоченного органа производится со дня приостановления выплаты до дня переосвидетельствования, но не более чем за три года, если Государственная служба медико-социальной экспертизы признает его за этот период инвалидом. При этом если при переосвидетельствовании инвалид переведен в другую группу инвалидности (более высокую или более низкую), то пенсия за указанное время выплачивается по прежней группе.

Если выплата пенсии инвалиду, утратившему трудоспособность вследствие общего заболевания, была прекращена ввиду восстановления трудоспособности, или если он не получал пенсию вследствие неявки на переосвидетельствование без уважительных причин, то в случае последующего признания его инвалидом выплата ранее назначенной пенсии возобновляется со дня установления инвалидности вновь при условии, если после прекращения выплаты пенсии прошло не более 5 лет. Если прошло более 5 лет, пенсия назначается вновь на общих основаниях.

Пенсии по инвалидности выплачиваются полностью, независимо от заработка или другого дохода, без учета надбавки на иждивенцев.

Выплата пенсий лицам, проживающим в домах-интернатах для престарелых и инвалидов

Пенсионерам, проживающим в домах-интернатах (пансионатах) для престарелых и инвалидов, выплачивается 10% назначенной пенсии, но не менее 20% минимальной пенсии по возрасту в месяц. В тех случаях, когда размер их пенсий превышает стоимость содержания в этих домах-интернатах (пансионатах), выплачивается разница между пенсией и стоимостью содержания, но не менее

10% назначенной пенсии и не менее 20% минимальной пенсии по возрасту в месяц.

Если у пенсионера, проживающего в доме-интернате (пансионате) для престарелых и инвалидов, имеются нетрудоспособные члены семьи, состоящие на его иждивении, то пенсия выплачивается в следующем порядке: 10% пенсии, но не менее 20% минимальной пенсии по возрасту выплачивается самому пенсионеру, а остальная часть пенсии, но не более 50% назначенного размера, выплачивается указанным членам семьи. Социальные пенсии выплачиваются в размере 10% минимальной пенсии по возрасту.

Социальная пенсия

Социальные пенсии назначаются и выплачиваются неработающим гражданам (кроме инвалидов с детства) при отсутствии права на трудовую пенсию: инвалидам I и II групп, в том числе, и инвалидам с детства, а также инвалидам III группы; лицам, достигшим возраста:

- мужчины – 65 лет, женщины – 60 лет;
- детям – в случае потери кормильца;
- детям-инвалидам в возрасте до 18 лет.

Перечень медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, определяется в порядке, установленном Правительством РТ.

Социальные пенсии назначаются в следующих размерах:

- инвалидам I группы, инвалидам с детства I и II групп и детям-инвалидам в возрасте до 18 лет – 100% минимального размера пенсии по возрасту;
- инвалидам II группы (кроме инвалидов с детства); лицам, достигшим возраста: мужчины – 65 лет, женщины – 60 лет, детям – в случае потери кормильца на каждого ребенка – 50% минимального размера пенсии по возрасту; детям, потерявшим обоих родителей (круглым сиротам) – 100% минимального размера пенсии по возрасту;
- инвалидам III группы – 30% минимального размера пенсии по возрасту.

Матерям, родившим 10 и более детей и воспитавшим их до 8-летнего возраста, социальные пенсии назначаются во всех случаях не ниже 100% минимального размера пенсии по возрасту.

При наличии одновременного права на социальную пенсию и надбавку на нетрудоспособных членов семьи к пенсии по возрасту

ту или инвалидности (статьи 18 и 31 Закона «О пенсионном обеспечении граждан») назначается по выбору обратившегося либо пенсия, либо надбавка.

Анализ соответствия национального законодательства международным стандартам в области доступа ЛОВ и ДОВ к социальному обеспечению

В статье 1 Конституции РТ указано, что Таджикистан – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Согласно статье 39 Конституции, каждому гарантируется социальное обеспечение в старости, в случаях болезни, инвалидности, утраты трудоспособности, потери кормильца и в других случаях, определяемых законом. Таким образом, в Конституции указаны социально незащищенные категории населения страны, которые не в состоянии самостоятельно за счет свободного использования своих способностей и имущества обеспечить себе достойный уровень жизни. Инвалиды прямо указаны в данной статье в качестве одной из таких категорий населения. Таким образом, Таджикистан признает право инвалидов на достаточный жизненный уровень и принимает надлежащие меры к обеспечению реализации и поощрения этого права. Положения таджикского законодательства и пункта 1 статьи 28 Конвенции о правах инвалидов совпадают.

В целях реализации ст. 39 Конституции РТ в отношении лиц с инвалидностью принят Закон «О социальной защите инвалидов», который установил надлежащие меры, направленные на реализацию права инвалидов на социальную защиту.

Статьи 12-15 Закона «О социальной защите инвалидов» устанавливают порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. В отличие от старой версии закона от 1991 года, новый Закон «О социальной защите инвалидов» не регламентирует вопросы социально-бытового обслуживания лиц с инвалидностью. Вместо этого, статья 20 названного закона делает отсылку на отраслевое законодательство, которое не дает ответы на вопросы о социально-бытовом обслуживании инвалидов, т. е. предоставления услуг и другой помощи, необходимой для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью.

Согласно Закону «О социальной защите инвалидов», местные органы государственной власти и другие организации могут в пределах своих полномочий устанавливать дополнительные льготы инвалидам по оплате жилого помещения, коммунальных услуг, ме-

стных налогов и других платежей. Поскольку данное положение носит не обязательный характер, и предоставление дополнительных льгот зависит от желания вышеуказанных органов и организаций, оно остается декларативным.

Также следует отметить, что в национальном законодательстве перечислен ряд льгот, предоставляемых для ЛОВ, но отсутствуют четкие процедуры и механизмы их реализации и применения на практике.

Необходимо отметить, что в апреле 2012 года в законодательство о пенсионном обеспечении граждан были внесены дополнения, согласно которым был установлен максимальный размер пенсии по инвалидности. Так, в настоящее время максимальный размер пенсии для инвалидов I группы составляет около 165 долларов США, для инвалидов II группы – около 132 долларов, а инвалидов III группы – около 100 долларов.

В большинстве стран определены (прямо или косвенно) минимальные и максимальные размеры страховых пенсий. Их цель – соответственно гарантировать минимальный уровень страховой пенсии (он значительно выше уровня социального пособия) и предотвратить необоснованные излишки в пенсионном обеспечении, поскольку финансовые ресурсы государства и страхового фонда не безграничны.

Например, в Казахстане максимальный размер пенсии составляет около 318 долларов США.

ПРАВО ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА ЗДОРОВЬЕ И ДОСТУП К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Статья 38 Конституции РТ гарантирует право каждого на охрану здоровья: «Каждый имеет право на охрану здоровья. Каждый, в рамках определенных законом, пользуется бесплатной медицинской помощью в государственных учреждениях здравоохранения. Государство принимает меры по оздоровлению окружающей среды, развитию массового спорта, физической культуры и туризма. Другие формы оказания медицинской помощи определяются законом».

Международные стандарты

Право на здоровье регулируется рядом таких международно-правовых актов, как Всеобщая декларация прав человека (ст. 25), Меж-

дународный Пакт об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12), ряд статей Конвенции ООН о правах инвалидов, Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов и др.

Так, статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах признает право каждого человека, включая людей с инвалидностью, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В свете МПЭСКП право на физическое и психическое здоровье также подразумевает право доступа к тем медицинским и социальным услугам, которые позволяют лицам с какой-либо формой инвалидности стать самостоятельными, предотвратить дальнейшее обострение болезни и поддержать их социальную интеграцию, равно как и право пользоваться такими услугами. Таким людям должны быть предоставлены услуги по реабилитации, с тем, чтобы позволить им достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности. Все такие услуги должны предоставляться таким образом, чтобы эти лица могли в полной мере сохранять уважение к своим правам и достоинству.⁹⁴

Важным источником толкования статей международных пактов и конвенций по правам человека являются Замечания общего порядка, подготовленные контрольными органами. Хотя Замечания общего порядка не имеют обязательной силы, они представляют официальное мнение о надлежащем толковании соответствующих положений международно-правовых пактов.

Согласно Замечаниям общего порядка №5 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, в Международном Пакте об экономических, социальных и культурных правах речь не идёт конкретно о лицах с какими-то формами инвалидности. Тем не менее, поскольку Всеобщая декларация прав человека признаёт, что все люди рождаются свободными и равными в своём достоинстве и правах, и поскольку положения Пакта в полной мере относятся ко всем членам общества, то на лиц с какими-либо формами инвалидности в полной мере распространяются положения Пакта. Каждое государство-участник Пакта обязано улучшать положение инвалидов. Хотя средства и методы поощрения полного осуществления экономических, социальных и культурных прав данной группы населения будут неизбежно в значительной мере отличаться друг от друга в разных странах, тем не менее, нет ни

⁹⁴ Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: *(Одиннадцатая сессия, 1994 год)*, пункт 34

одной страны, в которой бы не назрела потребность в принятии соответствующей политики или программы.⁹⁵

Что касается необходимости особого отношения, то государства-участники обязаны принять надлежащие меры в максимальных пределах имеющихся у них ресурсов, с тем чтобы позволить таким лицам попытаться преодолеть любые неблагоприятные обстоятельства, вызванные их инвалидностью, в том что касается использования прав, указанных в Пакте⁹⁶.

Статья 25 Конвенции о правах инвалидов (Здоровье) также признает право всех лиц с инвалидностью на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники должны принимать все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья. В частности, государства-участники:

- обеспечивают инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья и по линии предлагаемых населению государственных программ здравоохранения;
- предоставляют те услуги в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику, а в подходящих случаях – коррекцию и услуги, призванные свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности, в том числе среди детей и пожилых;
- организуют эти услуги в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах;
- требуют, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах

⁹⁵ Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (*Одиннадцатая сессия, 1994 год*), пункт 5

⁹⁶ Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (*Одиннадцатая сессия, 1994 год*), пункт 8

инвалидов за счет обучения и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения;

- запрещают дискриминацию в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и страхования жизни, если последнее разрешено национальным правом, и предусматривают, что оно предоставляется на справедливой и разумной основе;
- не допускают дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области либо получении пищи или жидкостей по причине инвалидности.

Национальное законодательство

Закон РТ «О социальной защите инвалидов» содержит следующие понятия, связанные с инвалидностью:

- **инвалид** – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, физическими и умственными дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающее необходимость в его социальной защите;
- **инвалидность** – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма;
- **ограничение жизнедеятельности** – полная или частичная утрата способности или возможности лицом осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, общаться, ориентироваться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью;
- **ребенок-инвалид** – лицо в возрасте до 18 лет, являющееся инвалидом.

С учётом степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности организма для лица, признанного инвалидом, устанавливается группа инвалидности, а для лица до 18-летнего возраста устанавливается категория «ребёнок-инвалид».

Установление инвалидности

Установление инвалидности, причин, продолжительности, времени наступления инвалидности, **степени утраты трудоспособности** и определение нуждаемости лиц в социальной защите осуществляется путём проведения медико-социальной экспертизы.

С 2008 в Таджикистане учреждена Государственная служба медико-социальной экспертизы⁹⁷, которая является исполнительным органом государственной власти, осуществляющим функцию государственной медико-социальной экспертизы населению. Ранее функции МСЭ выполнялись ВТЭК (врачебно-трудовыми экспертными комиссиями).

ГСМСЭ осуществляет функции по определению состояния трудоспособности, длительной или постоянной ее утраты, а также с учетом состояния здоровья инвалидов разработку рекомендаций по условиям и видам труда, работам и профессиям доступных им, что соблюдение этих рекомендаций для организаций и учреждений независимо от форм собственности является обязательным. ГСМСЭ совместно с Министерством здравоохранения РТ определяет условия и методы восстановления нарушенной трудоспособности, с учётом группы инвалидности и состояния инвалидов, предоставление инвалидам рекомендации для профессионального обучения и изменений их профессий; разработку индивидуальных программ реабилитации инвалидов и контролирование их реализации...

Определение группы инвалидности со стороны ГСМСЭ и ее органов на местах осуществляется в соответствии с Инструкцией по определению группы инвалидности, утверждаемой министерствами здравоохранения и труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

ГСМСЭ при проведении медико-социальной экспертизы действуют на основании Инструкции о медико-социальной экспертизе, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты РТ от 21 августа 2009г. № 68 и Министерством здравоохранения РТ от 5 августа 2009г., №11.

ГСМСЭ проводит медико-социальную экспертизу инвалидов на основании всестороннего обследования состояния здоровья, степени нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности и осуществляет социальную, повторную, трудовую экспертизу и экспертизу среды инвалида.

ГСМСЭ в случае наличия оснований (медицинские показания), устанавливает ограничения в жизнедеятельности больного, причину и время наступления инвалидности и на основании этого устанавливает степень потери трудоспособности (в процентах) больного. К примеру, для установления инвалидности I группы мо-

⁹⁷ Положение о Государственной службе медико-социальной экспертизы, от 2 декабря 2008 года №601

гут быть следующие основания: необходимость в постоянной помощи других лиц в результате внезапного ухудшения здоровья и наступления жизненных ограничений в результате болезни, последствий травмы, анатомических недостатков, которые привели к социальным недостаткам.

Инвалидность II группы устанавливается в отношении тех больных, которые имеют ограничения в жизнедеятельности по состоянию здоровья, из-за последствий травмы и др. Также II группы инвалидности устанавливается в случаях невозможности получения профессионального обучения или обучения по определенным программам в специальных учебных учреждениях и в специальных группах, предназначенных для инвалидов, по индивидуальным программам на дому, при необходимости использования специальных приспособлений, программ обучения или помощи других лиц для этих нужд (кроме глухих). В пункте 20 (б) говорится об установлении II группы инвалидности также для лиц, которым трудовая деятельность запрещается на длительный период. Например, в результате таких болезней как повторный инсульт, повторный инфаркт, слабое зрение и т.п.

Под ограничением жизнедеятельности понимается необходимость в постоянной помощи со стороны других лиц для выполнения определенных занятий (уборка, приготовление пищи, стирка и т.п.)

В Инструкции указаны сроки установления инвалидности. Так, I группа инвалидности устанавливается на два года, а II и III группы – на один год. Для инвалидов Чернобыльской катастрофы устанавливается бессрочная инвалидность.

Очередное (повторное) обследование по установлению группы инвалидности проводится за один месяц до окончания установленного срока.

Для женщин старше 58 лет и мужчин старше 63 лет повторное обследование проводится без установления сроков.

Льготы на получение бесплатной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения

Граждане РТ имеют право на охрану здоровья. Им оказывается бесплатная медико-санитарная помощь в учреждениях государственной системы здравоохранения в порядке, установленном Правительством Республики Таджикистан...Граждане имеют право на свободный выбор медицинского учреждения и врача.⁹⁸

⁹⁸ Статья 22 Закона РТ «Об охране здоровья населения»

Нарушение должностным лицом норм и правил, установленных нормативными правовыми актами Республики Таджикистан об охране здоровья населения, влечет наложение штрафа в размере от десяти до двадцати показателей для расчетов.⁹⁹

Закон «О социальной защите инвалидов» предусматривает ряд льгот для ЛОВ:

Инвалидам оказывается медицинская помощь в государственных медицинских и социальных учреждениях бесплатно либо на льготных условиях в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан.

Инвалиды на основе заключения медико-социальной экспертизы имеют право на бесплатное либо льготное санаторно-курортное лечение, внеочередное получение путевок и бесплатный проезд к месту лечения в порядке, установленном Правительством РТ. Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях, путевки для прохождения санаторно-курортного лечения выдаются бесплатно уполномоченным государственным органом в области социальной защиты инвалидов или организациями, выплачивающими им компенсацию ущерба, нанесенного их здоровью. Работающие инвалиды по месту работы имеют право на бесплатное получение путевок на санаторно-курортное лечение или с оплатой 50 процентов их стоимости.

3 декабря 2011 года постановлением Правительства РТ №603 были утверждены **Правила обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением**. Согласно указанным правилам, обеспечение инвалидов санаторно-курортным лечением и техническими средствами реабилитации осуществляется местными органами Государственного агентства социальной защиты, занятости населения и миграции Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Показания и противопоказания для лечения на всех курортах и в санаториях Республики Таджикистан устанавливаются Министерством здравоохранения РТ.

Граждане Таджикистана имеют право на получение медицинской и протезно-ортопедической помощи в других странах.

При наличии заключения специализированных медицинских учреждений о необходимости такой помощи, государственные ор-

⁹⁹ Статья 110 Кодекса об административных правонарушениях

ганы обязаны оказывать содействие в ее получении в порядке, установленном Правительством Республики Таджикистан.¹⁰⁰

Технические средства реабилитации

К техническим средствам реабилитации инвалидов относятся специальные устройства, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

2. Техническими средствами реабилитации инвалидов являются:

- средства для передвижения;
- специальные средства для самообслуживания;
- специальные средства для ухода;
- специальные средства для ориентирования, общения и обмена информацией;
- специальные средства для обучения, образования (литература для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
- протезные изделия (такие как протезно-ортопедические изделия, ортопедическая обувь и специальная одежда, глазные протезы и слуховые аппараты);
- специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь.

3. Необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые компенсируют или устраняют стойкие ограничения жизнедеятельности инвалида, устанавливается по медицинским показаниям.¹⁰¹

Стоит отметить, что **Закон РТ «Об охране здоровья населения»** также гарантирует гражданам Республики Таджикистан обеспечение лекарственной, ортопедической и протезной помощью. Категории лиц, подлежащих льготному обеспечению лекарственными препаратами, ортопедическими и протезными, корректирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами лечебной физкультуры и специальными средствами передвижения, а также условия и порядок обеспечения устанавливаются Правительством Республики Таджикистан.¹⁰²

¹⁰⁰ Статья 29 Закона РТ «Об охране здоровья населения»

¹⁰¹ Статья 13 Закона РТ «О социальной защите инвалидов»

¹⁰² Статья 24 Закона РТ «Об охране здоровья населения»

3 декабря 2011 года постановлением Правительства РТ №604 был утвержден локальный нормативный правовой акт в области социальной защиты лиц с инвалидностью **Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.**

Закон «Об охране здоровья населения» (статья 34) содержит положения касательно получения медико-социальной помощи детьми с инвалидностью. Так, дети с дефектами физического или психического развития имеют право на получение медико-социальной помощи, и они по желанию родителей, опекунов и попечителей содержатся в специализированных детских дошкольных учреждениях, школах-интернатах, домах ребенка и домах-интернатах для детей за государственный счет.

Перечень медико-социальных показаний и противопоказаний для помещения этих детей в вышеуказанные учреждения устанавливается совместно министерствами здравоохранения, образования, труда и социальной защиты населения.

При стационарном лечении больных детей матери (отцу) или иному лицу, непосредственно осуществляющему уход за ребенком, предоставляется возможность находиться с ним в лечебном учреждении по уходу с выплатой соответствующего пособия, в порядке, установленном законодательством.

Порядок нахождения вышеуказанных лиц в лечебных учреждениях по уходу за больными детьми определяется министерством здравоохранения.

При отсутствии показаний к стационарному лечению или невозможности госпитализации больного ребенка мать (другой член семьи) или иное лицо, непосредственно осуществляющее уход за ребенком, на период лечения ребенка в амбулаторных условиях, освобождается от работы с выплатой пособия по уходу за больным ребенком в порядке, установленном законодательством.

Обеспечение групп детей по возрасту и с определенными категориями заболеваний медикаментами по рецептам врачей бесплатно или на льготных условиях при амбулаторном лечении осуществляется в порядке, установленном Правительством Республики Таджикистан.

В качестве положительного аспекта стоит отметить, что **постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2009 года №600 утверждена Программа подготовки медицинских кадров на 2010-2020 годы.** Необходимость Программы обоснована тем, что в республике в 7 региональных больницах и 90 сельских центрах здоровья наблюдается нехватка вра-

чей. В более чем 25 городах и районах республики наблюдается нехватка специалистов наркологов, психиатров, фтизиатров, кардиологов, онкологов, офтальмологов, эндокринологов, семейных врачей, медицинских техников, рентгенологов и патологоанатомов. Но, к сожалению, в данной программе не уделяется внимание нехватке таких специалистов, как сурдологи, ортопеды, логопеды, дефектологи и др., в которых, как правило, нуждаются ЛОВ и ДОВ.

Анализ соответствия национального законодательства международным стандартам в области доступа ЛОВ и ДОВ к услугам здравоохранения

Бедность – распространенное препятствие к участию в жизни общества во всем мире, она является как причиной, так и следствием инвалидности. Семьи, живущие в бедности, намного более уязвимы к болезням и инфекциям, особенно в грудном и раннем детском возрасте. Также маловероятно, что они получают необходимые услуги системы здравоохранения или будут в состоянии заплатить за основные медикаменты или за обучение в школе. Затраты на уход за ребенком с ограниченными возможностями создают дополнительные трудности для семьи, особенно для матерей, которые зачастую не могут работать и вносить свой вклад в семейный доход.¹⁰³

По имеющимся сведениям, из 200 миллионов детей, имеющих те или иные нарушения, лишь незначительное число проживающих в развивающихся странах имеет эффективный доступ к услугам здравоохранения, реабилитации и социального обеспечения. Например, они могут не получить вакцинацию или лечение от простой лихорадки, диареи, легко излечимых болезней, которые могут представлять угрозу для жизни при отсутствии лечения.

В некоторых странах с низким уровнем дохода смертность среди детей-инвалидов в возрасте до пяти лет может достигать 80 процентов. Дети с серьезными формами инвалидности могут умереть в детстве из-за отсутствия первичной медицинской помощи.

Кроме того, услуги по реабилитации часто сконцентрированы в городской местности и могут очень дорого стоить. Даже самые простые вспомогательные средства и приспособления для снижения воздействия нарушений у ребенка могут быть недоступны.

На основании многих медицинских решений, которые принимаются в мире, можно сделать вывод, что жизнь ребенка с огра-

¹⁰³ «Поощрение прав детей с ограниченными возможностями», «Дайджест Инноченти» № 13, ЮНИСЕФ, Исследовательский Центр «Инноченти», 2008 г.

ниченными возможностями стоит меньше, чем жизнь полноценного ребенка. Зафиксированы случаи, когда врачи даже в странах с высоким уровнем дохода, не говоря уже о бедных странах, отказывали в проведении жизненно необходимых операций детям с ограниченными возможностями.

«Мир, пригодный для жизни детей» – в этом итоговом документе Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по положению детей прямо говорится о правах детей с ограниченными возможностями, в частности, в отношении защиты от дискриминации, полного доступа к услугам и доступа к необходимому лечению и уходу, а также в отношении содействия в обеспечении ухода в семейном окружении и создании необходимых механизмов по оказанию поддержки семьям.

В 2001 году ВОЗ опубликовала новую Международную классификацию функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). Практическое использование МКФ для оценки функционирования предполагает применение алфавитно-цифровых кодов для описания и измерения различий в строении тела, функциях, жизнедеятельности, участии в жизни общества, а также личностных и средовых факторов. Все вместе коды могут использоваться в качестве координат для отображения функционирования отдельного человека в конкретный момент времени и служить точкой отсчета для последующих оценок.

«Право на здоровье является всеохватывающим правом. Часто право на здоровье ассоциируется с доступом к здравоохранению и строительством больниц. Это правильное представление, но право на здоровье имеет более широкий смысл. Право на здоровье предусматривает возможность пользоваться определенными правами:

- право на систему здравоохранения, предоставляющую всем равные возможности для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья;
- право на профилактику, лечение и предупреждение заболеваний;
- доступ к лекарственным средствам первой необходимости;
- доступность просвещения и информации в области здоровья;
- участие населения в процессе принятия решений в области здоровья на национальном и общинном уровнях»¹⁰⁴ и др.

¹⁰⁴ Право на здоровье, изложение фактов № 31, УВКПЧ ООН, ВОЗ, с.4

«Право на здоровье инвалидов не может быть реализовано само по себе. Оно тесно связано с недискриминацией и другими принципами автономии личности, с участием и приобщением к социальной жизни, с доступностью, а также с равенством возможностей и с уважением развивающихся способностей детей. ЛОВ часто сталкиваются с различными проблемами, касающимися реализации их права на здоровье. Например, люди, имеющие ограниченные физические возможности, часто испытывают сложности с доступностью служб здравоохранения, особенно, в сельских районах...»¹⁰⁵.

Право на здоровье требует, в частности, изучения вопроса не только о том, обеспечивается ли всеобщий доступ к основным лекарствам, но и о том, применяется ли лечение на основе свободного и осознанного согласия инвалида...¹⁰⁶

«Конвенция не содержит определения инвалидности или инвалидов в строгом смысле, а определяет некоторые контуры понятия «инвалидность» и его актуальное значение для Конвенции. В преамбуле четко поддерживается социальный подход к инвалидности, именуемый социальной моделью инвалидности, посредством признания того, что «инвалидность – это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Прямая ссылка на барьеры, которые являются внешними по отношению к субъекту, в качестве факторов, определяющих суть инвалидности, представляет собой важный шаг в сторону от понятий, приравнивавших инвалидность к наличию функциональных ограничений. Исходя из этого, в статье 1 Конвенции указывается: «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» (выделено авторами). С этой точки зрения участие инвалидов в жизни общества, будь то наличие работы, посещение школы, врача или участие в выборах, ограничивается или блокируется не в силу того, что у них нарушено здоровье, а из-за различных барьеров, которые могут включать в себя физические барьеры, а также в некоторых случаях законодательство и политику»¹⁰⁷.

¹⁰⁵ См. там же, с. 24

¹⁰⁶ См. там же, с. 27

¹⁰⁷ См. там же, с. 15

В национальном законодательстве Таджикистана инвалидностью признается степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма» (ст. 1 Закона РТ «О социальной защите инвалидов»). Таким образом, в национальном законодательстве РТ отражен «благотворительный» подход к лицам с инвалидностью, ведущий лишь к социальной, медицинской и другой помощи ЛОВ. Такой подход отражает и многие международные документы в сфере защиты прав лиц с инвалидностью, принятые еще до Конвенции о правах инвалидов. К примеру, согласно Декларации о правах инвалидов, выражение «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей.

В качестве положительного аспекта необходимо отметить, что в Таджикистане с конца 2011 года началась разработка механизмов реализации провозглашенных в Законе «О социальной защите инвалидов» реабилитационных мероприятий в отношении лиц с инвалидностью:

- Правила обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением;
- Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

К сожалению, как показывает практика,¹⁰⁸ работники Агентств занятости населения в целевых районах, по большей части, в недостаточной степени либо вообще не информированы о вновь принятых правилах (Правила обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением, Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации) и других изменениях в законодательстве в данной сфере, и при обращении лиц с инвалидностью отказывают в удовлетворении их заявлений о предоставлении технических средств реабилитации и путевок на санаторно-курортное лечение, четко не обосновав свой отказ согласно действующему законодательству.

В то же время, в правилах идет отсылка на то, что обеспечение санаторно-курортным лечением детей-инвалидов, не достигших 18 лет, осуществляется в порядке, определённом для Центра здоровья по

¹⁰⁸ Аналитическое обобщение юристов, оказывавших в рамках проекта выездные правовые консультации ЛОВ и родителям ДОВ, 2012 г.

месту жительства ребёнка. В свою очередь, Центры здоровья также практически не информированы об указанных льготах, что влечет за собой существенный разрыв между декларируемыми в законодательстве льготами и их практической реализацией.

Еще одним искусственным препятствием на пути реализации льгот является то, что согласно Правилам обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением к заявлению необходимо приложить копию индивидуальной программы реабилитации инвалидов, которой, как показали результаты проведенного мониторинга, не имеют в Согдийской области (и по республике в целом) ни взрослые, ни дети-инвалиды. Данное требование может послужить формальной причиной отказа в предоставлении путевок со стороны Агентства занятости.

В настоящее время в городах Душанбе, Худжанд и Исфара Согдийской области, Курган-тюбе Хатлонской области функционируют психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК). Они включают в себя широкий спектр специалистов, в том числе социальных работников, педагогов-специалистов по различным нарушениям развития.

Главная цель консультации нового типа – проводить обследование детей в возрасте до 18 лет с целью выявления особых потребностей их развития и определения содержания, методов и типа образования, отвечающего специфическим потребностям каждого.

Несмотря на проводимую работу, в деятельности этих учреждений существует ряд проблем:

- нехватка специалистов-дефектологов (олигофренопедагогов, сурдопедагогов), психологов, логопедов;
- необеспеченность специализированных учреждений психолого-медико-педагогическими консультантами;
- недостаточное количество дошкольных, общеобразовательных учреждений для детей с ограниченными возможностями;
- отсутствие кабинетов раннего вмешательства при лечебно-профилактических учреждениях.

Одним из определяющих факторов всесторонней поддержки детей с ограниченными возможностями является проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение рисков здоровью новорожденных и детей младшего возраста.

В настоящее время в Таджикистане большинство матерей, детей и подростков не имеют доступа к охране здоровья, им не оказывается медицинская помощь. В некоторых местах есть люди, ко-

торые остались без осмотра в связи с недостаточным медицинским обслуживанием.¹⁰⁹

Одним из путей решения проблемы нехватки медицинской помощи может быть расширение прав и возможностей инвалидов, позволяющее им лучше управлять своим здоровьем через обучение на курсах самопомощи, наставничеству и предоставлению информации, что может сократить затраты на оказание медико-санитарной помощи.¹¹⁰

¹⁰⁹ Национальная концепция инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан на 2011-2015 годы, утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 апреля 2011 года, №228.

¹¹⁰ Всемирный доклад об инвалидности, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк развития, 2011 г.

VI. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Тот факт, что женщины с инвалидностью подвергаются двойной и даже тройной дискриминации, так как являются 1) женщинами; 2) инвалидами; 3) зачастую бывают бедными, зачастую упускается или даже игнорируется, так как на лиц с инвалидностью нередко смотрят как на бесполое существо.¹¹¹ Кроме того, женщины с инвалидностью, как правило, имеют более низкую грамотность, и, соответственно, составляют больший процент безработных среди лиц с инвалидностью, чем мужчины.

Конвенция о правах инвалидов предусматривает несколько положений, направленных на защиту прав инвалидов-женщин.

В частности, статья 6 Конвенции посвящена женщинам с инвалидностью и также подчеркивает, что женщины-инвалиды и девочки-инвалиды подвергаются множественной дискриминации, и в этой связи необходимо принимать меры для обеспечения полного и равного осуществления ими всех прав человека и основных свобод. Государствам-участникам надлежит принимать все необходимые меры для обеспечения всестороннего развития, улучшения положения и расширения прав и возможностей женщин, чтобы гарантировать им осуществление и реализацию прав человека и основных свобод, закрепленных в Конвенции.

В статьях 8, 16, 24 есть положения, предусматривающие такие вопросы, как борьба со стереотипами, насилием и необходимость расширения доступа ДОВ (в том числе девочек) к образованию. Кроме этого, статья 3 устанавливает, что одним из принципов Конвенции является принцип «равенства между женщинами и мужчинами».

Также в статьях 23, 25 Конвенции устанавливаются гарантии права на уважение дома и семьи и права на здоровье, принимая во внимание гендерные аспекты этих прав.

¹¹¹ «Право людей с ограниченными возможностями на достойный труд», автор – Артур О’Рейли, Международное Бюро Труда, Женева, МОТ, 2007 год, с. 47

Еще до принятия Конвенции о правах инвалидов, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) установила в нескольких статьях принцип равенства женщин и мужчин и запрет дискриминации по какому-либо признаку, в том числе, и инвалидности.

Кроме этого, Комитет по КЛДЖ по результатам рассмотрения национальных отчетов по исполнению положений КЛДЖ принял два Замечания общего порядка №18 и №24, касающиеся женщин-инвалидов. Комитет рекомендует государствам в своих национальных отчетах информировать Комитет о мерах, принятых для гарантии реализации и защиты прав, установленных КЛДЖ женщинам-инвалидам.

Кроме этого, Замечание общего порядка №18 рекомендует предпринимать действия, направленные на обеспечение равного доступа женщинам-инвалидам к образованию, занятости, медицинским и социальным услугам и гарантии участия женщин-инвалидов в политической, социальной и культурной сферах.

Статистика

Как показывает официальная статистика по Согдийской области, на севере Таджикистана зарегистрировано 55 тыс. 013 лиц с ограниченными возможностями (ЛОВ). Из них около 55% мужчин (или 24 тыс. 869 чел.) и чуть более 45% женщин (или 30 тыс. 162 чел.).

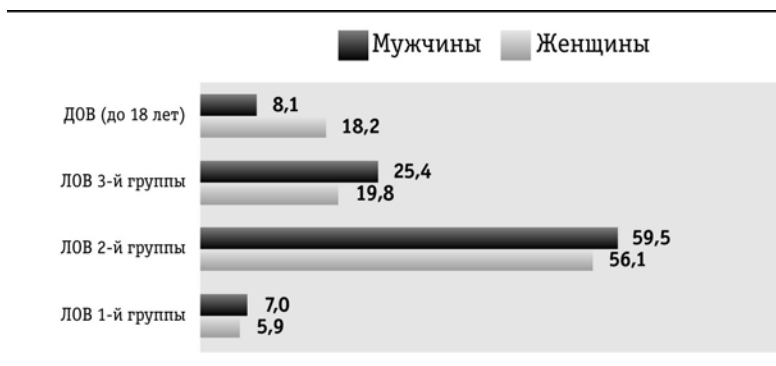
Таблица 1. Общая численность ЛОВ в Согдийской области в разрезе по полу, %

Согдийская область	Всего	Женщины	Мужчины
Всего ЛОВ, зарегистрированных в Согде	55031	24869	30162
ЛОВ 1-й группы	3579	1476	2103
ЛОВ 2-й группы	31896	13952	17944
ЛОВ 3-й группы	12584	4920	7664
ДОВ (до 18 лет)	6972	4521	2451

Среди ЛОВ наблюдается высокое количество инвалидов II группы, далее III группы и, наконец, дети.

Если распределить всех зарегистрированных ЛОВ в Согдийской области по полу и группе инвалидности, то можно отметить существенную разницу между девочками и мальчиками с ограниченными возможностями. Разрыв составляет почти 7%, тогда как в других группах инвалидности между мужчинами и женщинами существует небольшой разрыв (от 1% до 6%).

Диаграмма 1. Общее количество мужчин и женщин в разрезе по группе инвалидности, %



Таким образом, можно сделать вывод, что усилия по социальной защите (в том числе, и бюджеты) ЛОВ в Согдийской области должны быть, в большей степени, направлены на инвалидов II группы. Если рассматривать гендерную составляющую, то высокое количество девочек с ограниченными возможностями среди лиц моложе 18 лет также предполагает необходимость разработки специальных политик, действий и бюджетов на уровне области, направленных на реализацию прав девочек с ограниченными возможностями.

Что касается районов, в которых проводился мониторинг, то общая численность ЛОВ в них составляет 30 тыс. 120 человека, или чуть более 50% от общего числа ЛОВ, зарегистрированных в Согдийской области, среди них женщин чуть больше, чем мужчин.

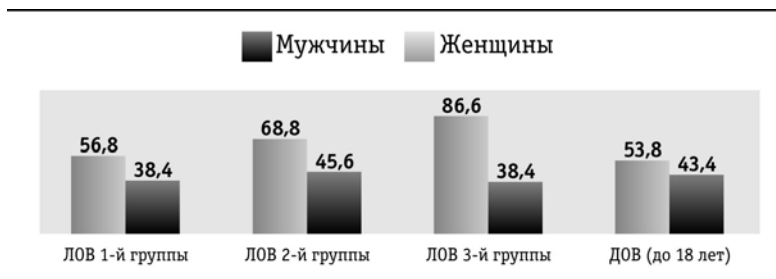
**Таблица 2. Общая численность ЛОВ в районах,
Где проводился мониторинг в разрезе
по полу и группе инвалидности**

Населенный пункт	Всего ЛОВ		ЛОВ 1-й группы		ЛОВ 2-й группы		ЛОВ 3-й группы		ДОВ (до 18 лет)	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Худжанд	2890	3845	152	123	1977	2383	512	1056	249	283
Бободжонгаф.	4567	5043	121	282	3814	2383	285	1792	347	587
Ганчи	1733	1526	111	128	838	746	546	408	238	244
Истаравшан	2980	2961	243	197	1791	1432	868	546	78	786
Исфара	2244	2331	180	109	1183	1233	729	457	152	532
Итого мужчин и женщин	14414	15706	807	839	9603	8177	2940	4259	1064	2432
Всего ЛОВ	30120		1646		17780		7199		3496	

Как и в показателях по области, в этих районах преобладает высокое количество ЛОВ II группы.

Сравнение гендерных показателей количества ЛОВ в этих районах с областными показателями мужчин и женщин с ограниченными возможностями показывает, что в районах, где проводился мониторинг, проживает более 86% женщин-ЛОВ III группы от общего числа женщин ЛОВ в Согдийской области.

**Диаграмма 2. Удельный вес ЛОВ в районах,
где проводился мониторинг в разрезе
по полу и группе, %**



VII. АНАЛИЗ ДОСТУПНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

*Таблица 1. Количество зарегистрированных ЛОВ и ДОВ
в Согдийской области*

Согдийская область	Всего	Женщины	Мужчины
Количество лиц с инвалидностью, зарегистрированных на территории Согдийской области	55031	24869	30162
Количество инвалидов 1-й группы	3579	1476	2103
Количество инвалидов 2-й группы	31896	13952	17944
Количество инвалидов 3-й группы	12584	4920	7664
Количество несовершеннолетних инвалидов	6972	4521	2451

*Таблица 2. Количество зарегистрированных ЛОВ и ДОВ
на территории г. Худжанд, г. Исфара,
Ганчинского района, Бободжонгафуровского
и Истаравшанского районов*

Мест- ность	Количество лиц с инва- лидностью			Количество инвалидов 1- ой группы			Количество инвалидов 2- ой группы			Количество инвалидов 3- ой группы			Количество детей- инвалидов до 18 лет		
	все- го	м	ж	в.	м.	ж.	в.	м.	ж.	в.	м.	ж.	в.	м.	ж.
Худжанд	6735	2890	3845	275	152	123	4360	1977	2383	1568	512	1056	532	249	283
Бобод- жон Га- фуров	9610	4567	5043	403	121	282	6196	3814	2382	2077	285	1792	934	347	587
Ганчин- ский рай- он	3259	1733	1526	239	111	128	1584	838	746	954	546	408	482	238	244
Истарав- шан	5941	2980	2961	440	243	197	3223	1791	1432	1414	868	546	864	78	786
Исфара	4575	2244	2331	289	180	109	2416	1183	1233	1186	729	457	684	152	532

Пенсионное обеспечение

Пенсию по инвалидности получают 36 тыс. 865 ЛОВ. В среднем, сумма пенсии составляет 108,47 сомони (около 22 долларов США), что на 15,24 сомони меньше, чем в прошлом году.

1. Количество работающих инвалидов, по сравнению с прошлым годом, увеличилось на 60 человек и составляет 4 тыс. 536 человек.
2. Сумма ежемесячного социального пособия для ДОВ составляет 99,34 сомони (около 20 долларов США).
3. На основании решения председателя Согдийской области от 6 февраля 2012 г. № 40 инвалидам, участвовавшим в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС (280 человек), ежемесячно выплачивается сумма в размере 20 сомони (около 4 долларов США). Общая сумма выплат в год на эти цели составляет 67 тыс. 200 сомони.
4. Участникам ВОВ, инвалидам по защите конституционного строя РТ и другим приравненным к ним лицам, на основании решения председателя Согдийской области №35 от 6 февраля 2012 г. выплачивается сумма в размере 25 сомони (около 5 долларов США) ежемесячно (367 тыс. 200 сомони в год).

Выдача технических средств реабилитации

В рамках проекта в Главное управление Агентства социальной защиты, занятости населения и миграции Согдийской области был направлен запрос с просьбой о предоставлении статистических данных касательно получения инвалидами реабилитационных технических средств (инвалидные коляски, костыли, ходунки и др.) за 2011г. и за первый квартал 2012 г. На данное письмо нами был получен следующий ответ:

1. За 2011 год Министерством труда и социальной защиты населения РТ Главному управлению Агентства социальной защиты, занятости населения и миграции Согдийской области было выделено 136 инвалидных колясок, и все 136 колясок были распределены между ЛОВ.
2. В текущем году совместно с филиалом дочернего предприятия протезно-ортопедического завода, 25 инвалидов получили путевки для протезирования, 620 ЛОВ обеспечены специальной ортопедической обувью, 2 ЛОВ – ходунками, 270 ЛОВ – костылями. Для протезирования 34 ЛОВ ждут своей очереди.

3. За три месяца 2012 года Главным управлением Агентства по Согдийской области при поддержке местных исполнительных органов власти, предпринимателей и других источников 77 ЛОВ получили инвалидные коляски. На данный момент в очереди находятся 36 ЛОВ для получения инвалидных колясок.
4. За три месяца 2012 года 26 ЛОВ обеспечены протезно-ортопедическими путевками, 158 получили специальную ортопедическую обувь, 4 получили костыли. Отремонтированы протезы 33 ЛОВ. В очереди находятся 21 ЛОВ для протезирования, для получения ходунков – 8, костылей – 147 ЛОВ.

VIII. АНАЛИЗ ЭМПИРИЧЕСКИХ (ПОЛУЧЕННЫХ ПРАКТИЧЕСКИМ ПУТЕМ) ДАННЫХ

1. ПРАВО НА ОБРАЗОВАНИЕ (В АСПЕКТЕ ДОШКОЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ ДОВ)

1.1 Опрос родителей ДОВ

Доступ к школьному образованию

Более половины детей (59%) посещают образовательные учреждения, из них большинство посещает общеобразовательную школу (56%), а остальные посещают специализированные школы-интернаты. Подавляющее большинство опрошенных родителей (90%), дети которых посещают общеобразовательную школу, отметили, что не испытывали никаких проблем при устройстве детей в школу. Только 10% испытывали трудности в виде отказа администрации школы в приеме ребенка. Почти всех детей направляет в школу МПК – медико-педагогическая комиссия, хотя некоторые родители указали, что направление в школу получили в отделе образования.

44% детей учатся недалеко от дома, 36% указали, что их детям приходится добираться до школы довольно продолжительное время (от 30-40 минут до часа пешком, либо на транспорте от 20-30 минут до 1,5 часов).

15% детей находятся на домашнем обучении. Занятия проводят учителя школ два раза в неделю по 2-3 часа. В основном, с детьми занимаются по таким предметам, как родной язык, литература, математика, история. Практически никто из родителей не оплачивает приходящим учителям их услуги.

Из общего количества детей (179 чел.) 22% или 40 человек не охвачены никаким образованием (не посещают ни школу, ни интернат, и не находятся на домашнем обучении). В качестве причины родители называли тяжелые пороки развития детей, считают детей необучаемыми, некоторые родители сами не хотят, чтобы кто-то приходил к ним домой и обучал их детей.

Половина детей (50% или 53 ребенка), посещающих образовательные учреждения, нуждаются в различных средствах реабилитации (инвалидные коляски, специальные места для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, устройства для чтения для слабовидящих детей, слуховые аппараты для детей с нарушениями слуха). Из них только 17 детей обеспечены необходимыми средствами реабилитации в образовательных учреждениях: литература для слабовидящих детей, костыли, оптические очки. Другая половина детей, посещающих образовательные учреждения (50% или 54 ребенка), не нуждаются в специальных средствах реабилитации в школах и интернатах.

87% опрошенных родителей отметили, что отношение сотрудников образовательного учреждения к их детям хорошее, 6% указали, что в школе к их детям преподаватели относятся равнодушно, 2% родителей сказали, что отношение со стороны сотрудников школ и интернатов к их детям плохое.

Практически все родители (97%) ответили, что другие дети, обучающиеся в образовательных учреждениях, относятся к их детям хорошо и дружелюбно. Только 3% указали, что другие дети относятся к детям с инвалидностью равнодушно.

9% родителей посещают индивидуальные занятия специалистов по уходу за детьми. Некоторые респонденты указали, что такие занятия проводятся со стороны общественных организаций родителей детей с инвалидностью, а другие ответили, что посещают уроки логопеда, дефектолога, физиотерапевта. 91% родителей ответили, что не посещают такие занятия по причине того, что таких занятий нет, либо они про них не знают. Также указывались такие причины, как сложность в транспортировке ребенка.

Большинство детей (73%), посещающих образовательные учреждения, наравне с остальными детьми, принимают участие в различных школьных и внешкольных мероприятиях – конкурсах, концертах, утренниках, олимпиадах и др.

Большинство родителей (84%) официально не производят никаких расходов, связанных с учебой ребенка. 20% платят официально: от 5-10 до 30-35 сомони, два человека официально платят по 120 сомони в месяц.

42% несут неофициальные расходы, связанные с учебой ребенка. Родителями назывались суммы от 1 до 200 сомони в месяц. Подавляющее большинство этих сборов (67%) идет на нужды класса: ремонт, покупка канцтоваров, организация конкурсов, покупка плакатов, а также в фонд школы и др., 27% отметили, что деньги со-

бирают на учебные пособия для детей, 20% родителей указали, что деньги идут на питание ребенка.

Только 18% опрошенных родителей знают об индивидуальной программе реабилитации (ИПР), и в основном, слышали о ней от других родителей. Ни один ребенок не имеет ИПР.

2. ПРАВО НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

2.1. Опрос ЛОВ

Практически все (96%) опрошенные получают пенсию, но в различных размерах: от 45 до 450 сомони. При этом подавляющее большинство опрошенных (87%, преимущественно женщины) считают, что размер пенсий абсолютно не удовлетворяет их нужды либо скорее не удовлетворяет. Лишь 5% опрошенных считают, размер пенсии скорее удовлетворяет их нужды либо удовлетворяет их нужды.

В основном опрошенные получают социальную пенсию (50%, преимущественно женщины), трудовую пенсию получают 36% опрошенных, остальные 14% не знают, какой вид пенсии они получают.

94% из опрошенных нуждаются в уходе, и осуществляют уход за ними родственники (85%, из которых 60% женщин и 25% мужчин), попечитель – 1% (3 женщины и 1 мужчина), родители – 1 женщина. Среди опрошенных есть и те, кто является одиноким инвалидом, поэтому за ними никто не ухаживает – 2% (1 мужчина и 4 женщины). Также 6% опрошенных отметили, что не нуждаются в уходе.

Чуть больше половины опрошенных (58%, ответов женщин в два раза больше, чем ответов мужчин) не имеют никого на своем содержании или иждивении. 42% опрошенных, преимущественно женщины, имеют на своем содержании или иждивении от 1 до 5 человек (в основном, это родители и дети).

Следует отметить, что практически все опрошенные (88%) пользуются различными льготами, а некоторые – несколькими льготами одновременно: льготы по оплате жилья и воды в 50%-ном размере, городского телефона, электроэнергию, налоги, в виде компенсации, при этом один опрошенный пользуется и льготами при проезде в маршрутном такси и оплате мусора. 12% опрошенных не имеют либо не пользуются льготами.

Чуть больше половины опрошенных (53%, из которых 37% женщин и 16% мужчин) не знают о своем праве на получение реабилитационных средств (коляски, костыли, трости, слуховые аппа-

раты и др.). 46% из числа всех опрошенных знают об этом праве, примерно равное количество мужчин и женщин. При этом 15% (практически равное количество мужчин и женщин из тех, кто знает о своем данном праве) обращались в Собес и местный орган государственной власти для получения реабилитационных средств. Остальные не обращались, поскольку не было необходимости, не нуждались либо родители купили им инвалидную коляску.

Из числа тех, кто обращался в государственные органы для получения реабилитационных средств, 9% выдали реабилитационное средство, 3% обратившихся отказали, остальные либо не получили ответа, либо им это было не нужно.

Большая часть опрошенных – это 89%, из которых 57% женщин и 32% мужчин, впервые слышат об ИПР. Лишь 11% опрошенных знают (7% женщин и 4% мужчин), что такое ИПР, однако у них ее нет.

2.2. Опрос родителей ДОВ

Стоит отметить, что практически все опрошенные родители (97%) получают на своих детей социальные пособия в размере от 72 до 110 сомони. В среднем, большинство родителей получает пособие в размере 100 сомони. Шесть человек, не получающих пособия, сами за ними никуда не обращались.

75% указали, что получаемого пособия абсолютно не хватает на нужды ребенка (лечение, питание, одежда и др.). 17% отметили, что пособия, скорее не хватает. И только 3% (шесть человек) опрошенных в Ганчинском районе ответили, что их полностью удовлетворяет размер пособия.

3. ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ

3.1. Опрос ЛОВ

Обращение за медицинской помощью в связи с инвалидностью

Опрошенные респонденты обращаются за медицинской помощью в связи с инвалидностью с различной периодичностью. Так, 36% опрошенных (большая часть женщин) обращаются раз в полгода, 26% опрошенных (преимущественно женщины) – раз в три месяца, раз в год обращаются 16% опрошенных (равное количество

мужчин и женщин), лишь небольшая часть – 5% (преимущественно женщины) обращаются раз в месяц. При этом среди опрошенных есть респонденты, которые вовсе не обращаются за медицинской помощью в связи с инвалидностью, их 5% (равное количество мужчин и женщин). Кроме того, одна респондентка отметила, что она должна обращаться к врачам один раз в год, однако у нее на это нет финансовых возможностей.

Все опрошенные респонденты обращаются за медицинской помощью в государственные учреждения, однако 8 из них, помимо государственных, обращаются и в частные (7 женщин, 1 мужчина).

У более половины опрошенных имеется свой собственный лечащий врач (78%, из которых 51% женщин и 27% мужчин). При этом собственного врача имеют, в основном, респонденты из Худжанда и Бободжонгафуровского района. Лишь по одному опрошенному из числа тех, кто имеет собственного лечащего врача, являются респондентами из Ганчи и Исфары. Не имеют своего собственного лечащего врача 23% опрошенных, преимущественно женщины.

42% опрошенных (женщин вдвое больше) отметили, что им недолго добираться до поликлиники на транспорте, 28% (женщин чуть больше мужчин) отметили, что им недолго добираться до поликлиники пешком. Лишь 7% опрошенных, из которых 5% женщин, сообщили, что поликлиника находится близко. 17% практически с равным количеством мужчин и женщин отметили, что до поликлиники добираться далеко, даже если ехать на общественном транспорте. Остальные 6% вовсе не обращаются в поликлинику, а потому не могут судить о дальности ее расположения.

Оплата медицинских услуг

Большинство опрошенных респондентов не платят официально за медицинские услуги в поликлинике – 88%, из которых 55% женщин и 33% мужчин. Лишь 12% опрошенных (большее количество женщин) вносят официальную плату. Так, им приходится выкладывать за консультацию врача от 5 до 20 сомони, сдачу анализов, проведение различных процедур – массаж, капельницы, уколы, физлечение, ЭКГ и др. – от 0,5 до 10 сомони.

Однако тех, кто неофициально платит за медицинские услуги, больше, чем тех, кто платит официально. Так, если официально платят 12% респондентов, то неофициально – 56% (большинство женщин). При этом платят они неофициально практически за те же услуги, что и указаны выше, однако, в разы больше. В частности, за консультацию врача – от 5 до 120 сомони, за сдачу анализов – от 3

до 20 сомони, за проведение однократной процедуры – от 2 до 100 сомони. Опрошенные признались, что вносили неофициальные платы за услуги стоматолога – 100 сомони, за открытие карты в больнице – 25 сомони, за флюорографию – 5 сомони и 5 сомони – за стрижку (мужчина с инвалидностью (шизофрения) проходит периодически лечение в стационаре, у родственников требуют деньги за стрижку пациента).

42% опрошенных отметили, что им не приходилось делать неофициальных платежей в медучреждениях (28% женщин и 14% мужчин).

На вопрос о том, на какой основе респонденты получают медикаменты – бесплатной или платной, 40 респондентов в Худжанде ответили, что получают медикаменты бесплатно, 53 приходится платить. При этом ответы мужчин и женщин являются пропорциональными их количеству. Один респондент отметил, что приобретает медикаменты за частичную плату в размере 200 сомони. Большая часть из числа опрошенных в Бободжонгафуровском районе получает медикаменты на платной основе – 40 женщин и 21 мужчина. Бесплатно получают медикаменты лишь 5 опрошенных женщин и один опрошенный мужчина. Также есть среди опрошенных одна женщина, которая оплачивала медикаменты частично. В Ганчинском районе 51 из 54 респондентов отметил, что получает медикаменты на платной основе, 35 женщин и 16 мужчин. Одна женщина приобретает медикаменты за частичную плату, а трое – две женщины и один мужчина – получают медикаменты бесплатно. В Исфаре из числа опрошенных все, кроме двух женщин, получают медикаменты платно.

При этом те, кто получает медикаменты бесплатно, получают их в основном по необходимости с разной периодичностью – один раз в полгода либо один раз в месяц, либо один раз в три месяца.

Рецепт на получение бесплатных медикаментов обычно выдает лечащий врач при больнице или поликлинике. Все опрошенные из Худжанда отметили, что медикаменты, указанные в рецепте, обычно имеются в государственной аптеке. Остальные опрошенные из других районов отметили, что обычно этих медикаментов не бывает в государственной аптеке, лишь пятеро (3 женщины и 2 мужчин) из числа опрошенных в Бободжонгафуровском, Ганчинском районах и Исфаре отметили, что медикаменты им доставляют на дом.

Касательно того, хватает ли бесплатных медикаментов на месяц лечения, ответы вновь разнятся в зависимости от местности. Так, практически все опрошенные из Худжанда, которые получают

медикаменты бесплатно, отметили, что им хватает лекарств на месяц лечения, лишь одна женщина и один мужчина указали, что им не хватает бесплатных медикаментов на месяц лечения. В других регионах подавляющее большинство отметило, что получаемых ими бесплатных медикаментов не хватает на месяц лечения, лишь две женщины отметили, что хватает.

Все опрошенные из Худжанда и Исфары из числа тех, кто получает медикаменты бесплатно, довольны их качеством и считают, что эти медикаменты хорошего качества. Все опрошенные из Бободжонгафуровского и Ганчинского районов из числа тех, кто получает медикаменты бесплатно, скорее недовольны их качеством, так как считают, что им выдаются дешевые медикаменты.

Отношение медицинского персонала

Многим респондентам приходилось обследоваться и находиться на стационарном лечении – 87% (56% женщин и 31% мужчин). Лишь 13% опрошенных, преимущественно женщины, не проходили обследование и не находились на стационарном лечении. Из числа тех, кому приходилось проходить обследование, 82% респондентов ознакомили с результатами обследования (53% женщин и 29% мужчин). Не ознакомили с результатами обследования 9% опрошенных (почти равное количество мужчин и женщин).

Большинство опрошенных оценивают отношение персонала к себе как хорошее – 56% (чуть больше половины женщины), как очень хорошее оценивают 11% опрошенных с подавляющим преимуществом женщин. 14% и 8% опрошенных при практически равном количестве мужчин и женщин оценивают отношение медицинского персонала к себе как равнодушное или удовлетворительное. Среди общего количества опрошенных, одна женщина из Ганчи отметила, что она оценивает отношение медицинского персонала к себе как плохое и грубое.

Санаторно-курортное лечение

Подавляющее большинство респондентов не проходили санаторно-курортного лечения – 91% (большая часть женщины). Лишь 9% опрошенных (почти равное количество мужчин и женщин) проходили санаторно-курортное лечение, однако выяснилось, что большинство из них говорят о советской эпохе либо бывали в санатории один раз в семь лет или один раз в два года. Лишь две женщины из Ганчи и Исфары указали, что проходят санаторно-курортное лечение ежегодно. В основном, они проходили лечение в пределах своего на-

селенного пункта либо за пределами населенного пункта, но в пределах Таджикистана, например, в домах отдыха Кайраккума. При этом дорога и путевка им не оплачивалась, за исключением двух случаев, когда дорога оплачивалась со стороны государства, и путевка частично со стороны Собеса. Из общего количества опрошенных санаторно-курортное лечение за пределами страны проходил один человек – в Грузии «Боржоми» и Азербайджане «Нафталан». Путевка оплачивалась со стороны сына респондента.

Жалобы на предоставление некачественных медицинских услуг

Следует отметить, что 90% опрошенных (57% женщин и 33% мужчин) удовлетворены качеством предоставляемых медицинских услуг, связанных с инвалидностью. Лишь 10% опрошенных не удовлетворены качеством предоставляемых медуслуг (большинство женщины). При этом они считают, что лечение неэффективно (6%), лечащий врач относится к ним равнодушно (3%), выдаваемых в месяц бесплатных медикаментов не хватает на лечение (двое мужчин), две женщины не имеют возможности получать лечение из-за низкого размера пенсии, многие сетуют на платность всех услуг.

Двум женщинам был причинен вред здоровью в виде инвалидности в результате некачественной медицинской помощи – из-за неверно проведенной пункции в детстве. Остальные не жаловались на некачественное предоставление медицинских услуг. Среди них одна женщина отметила, что это было бы все равно безрезультатным.

3.2. Опрос родителей ДОВ

Доступ к медицинским услугам

Половина опрошенных указала, что их дети нуждаются в медицинской помощи в связи с инвалидностью, как правило, один раз в 3 месяца. Другая половина отметила, что такая необходимость возникает раз в полгода. Все родители обращаются за помощью в государственные медицинские учреждения, и только 1% родителей обращается в частные медучреждения.

66% родителей отметили, что у их ребенка нет собственного лечащего врача. Подавляющее большинство родителей (84%) удовлетворены качеством медицинских услуг, оказываемых их детям. Более половины детей (65%) проходили реабилитационные мероприятия в виде физлечения, массажа, медикаментозного лечения и

др. Родители детей, не проходивших реабилитационные мероприятия, ответили, что это бесполезно и не имеет смысла лечить ребенка, некоторые родители указали, что о бесполезности лечения им сказали врачи, часть ответов касалась невозможности оплатить лечение из-за финансовых затруднений. Большинство опрошенных лечили своих детей по месту жительства (в пределах города /района, где они проживают), 5% выезжали на лечение в Худжанд, 2% вывозили своих детей на лечение за границу (Германия, Узбекистан, Россия). Большинство родителей, дети которых проходили реабилитационные мероприятия, отмечали улучшения в состоянии детей (65%), указывая, что ребенок стал чувствовать себя лучше, научился произносить фразы либо разговаривать, писать, читать и др. Остальные родители (35%) не видят никакого улучшения и эффекта от проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Практически все респонденты (93%) не платят официально за оказываемые их детям медицинские услуги, а 7%, которые все же оплачивают услуги, указали, что платили 1-3 сомони за сдачу анализов. Совсем другая ситуация складывается с неофициальными выплатами за оказание медицинских услуг. Так, опрос показал, что неофициальные выплаты производят 64% респондентов: например, за консультацию врача указывались суммы от 2 до 20 сомони, один респондент назвал сумму в 50 сомони; сдача анализов обошлась им от 50 дирамов до 33 сомони; проведение процедур – от 1 до 20 сомони, слуховые процедуры – от 30 до 120 сомони; хирургическая операция – 100-600 сомони.

87% опрошенных не получают бесплатные медикаменты на своих детей. 13% отметили, что пользуются льготами по получению бесплатных медикаментов на детей, но большинство из этого количества респондентов указали, что выдаваемых бесплатно медикаментов не хватает на лечение детей и им приходится докупать медикаменты самостоятельно. Некоторые родители сказали, что бесплатно им выдаются медикаменты, которые не оказывают ожидаемого эффекта и не связаны с заболеванием ребенка: парацетамол, иные жаропонижающие и обезболивающие препараты.

Подавляющее большинство опрошенных (73%) удовлетворены качеством оказываемых их детям медицинских услуг. 27% не удовлетворены качеством медуслуг. Половина из них считает лечение эффективным, остальные отмечают, что все услуги платные, лекарства дорогие, выдаваемых бесплатных медикаментов не хватает на лечение. Несколько человек указали на равнодушное и грубое отношение лечащего врача и другого медперсонала.

На вопрос «Был ли причинен вред здоровью вашего ребенка в результате неквалифицированной медицинской помощи?» удовлетворительно ответили 1,5% (3 чел): среди перечисленного неправильная вакцинация, неадекватное лечение, неправильное снятие гипса с ноги, что впоследствии привело к инвалидности. Только в одном из случаев была подана жалоба руководителю медицинской службы, но никаких мер со стороны данной службы не было предпринято.

Многие из детей, несмотря на физические недостатки, умственно адекватные, при оказании им хорошей медицинской, психолого-педагогической помощи, могли бы стать полноценными членами общества, получить образование, специальности. Необходима специальная психологическая и педагогическая помощь родителям и детям. Необходима специальная подготовка и обучение преподавателей методике работы и обучению этих детей. Также необходимо продвигать методику инклюзивного образования, что поможет во многом решить возникшие проблемы и трудности в обучении.

3.3 Опрос представителей медицинских учреждений

Обращение за медицинской помощью в связи с инвалидностью

Все опрошенные представители медицинских учреждений отметили, что лица с инвалидностью обращались к ним за медицинской помощью. В большинстве случаев они обращались к ним один раз в месяц (44%) либо один раз в три месяца (32%), либо один раз в полгода (20%), или же один раз в неделю и каждый день (28%).

При этом 68% опрошенных представителей медицинских учреждений являются постоянным лечащим врачом лиц с инвалидностью, остальные не являются таковыми. Среди опрошенных один врач является постоянным лечащим врачом приюта для бездомных.

Как отметили менее половины опрошенных респондентов (36%), в их учреждение поступают денежные средства на лечение лиц с инвалидностью, 24% опрошенных отметили, что деньги не поступают. Еще 24% респондента (преимущественно респонденты из Худжанда и Ганчи) отметили, что деньги в их медучреждение поступают, но не указывается, что они именно на лечение лиц с инвалидностью. Остальные 16% опрошенных либо не знают, поступают ли деньги в их медучреждение на лечение лиц с инвалидностью, либо сообщают, что деньги поступают лишь для инвалидов ВОВ, воинам-интернационалистам, участникам ликвидации Чернобыльской АЭС, защитникам конституционного строя.

На вопрос о том, откуда выделяются эти средства, ответы опрошенных разделились на две категории – одни упоминали государственный бюджет (52%), другие называли такие международные организации, как НОРЕ, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Мерсусорпс (48%).

Что касается суммы денежных поступлений в месяц, то лишь двое опрошенных назвали 1 тыс. сомони и 2,6 тыс. сомони (8%), один из которых сообщил, что вся эта сумма идет на лечение лиц с инвалидностью. 92% опрошенных не знают, какова сумма поступления денежных средств в месяц, и какая ее часть идет на лечение лиц с инвалидностью. Один опрошенный отметил, что нет отдельной графы на это.

Оплата медицинских услуг

Лица с инвалидностью получают различные медицинские услуги в учреждениях респондентов. Так, 76% из них получают консультации врача, 68% сдают анализы в медицинских учреждениях респондентов, 56% получают физлечение, 40% – делают массаж. Также лица с инвалидностью получают иные процедуры и услуги в виде звукоусилительных аппаратов, ЭКГ, флюорографии, рентгеноскопии, зубопротезирования, подбора слуховых аппаратов, первой помощи при травмах, внутримышечные и внутривенные инъекции. Следует отметить, что на данный вопрос респонденты имели возможность выбрать сразу несколько вариантов ответов, в связи с чем имеется большая разница между количеством опрошенных и их ответами, которых в результате стало больше.

Согласно большинству ответов респондентов (84%), в их учреждениях лица с инвалидностью не оплачивают медицинские услуги. Оплачивают лишь инвалиды III группы (8%), или же частично оплачивают – (16%). При этом обычно инвалиды оплачивают сдачу анализов, физлечение и другие процедуры (ЭКГ, флюорография, рентген, услуги стоматолога), и оплата производится через кассу медицинского учреждения с выдачей пациенту квитанции/чека.

84% опрошенных отметили, что со стороны их медицинского учреждения выдаются бесплатные медикаменты для лиц с инвалидностью, 8% отметили, что не выдаются, и 4% сказали, что выдаются иногда малоимущим.

В основном, эти лекарства выдаются один раз в месяц (24%) либо один раз в полгода (20%). Некоторые отметили, что раз в неделю (4%) или раз в три месяца (8%). Остальные 44 % опрошенных привели различные варианты, в частности, сообщили, что это зависит от обра-

щения пациентов, по показанию врача, по мере поступления медикаментов, по мере необходимости, когда лечатся стационарно.

В подавляющем большинстве бесплатные медикаменты медучреждение получает в качестве гуманитарной помощи (72%) и/или их выделяет Министерство здравоохранения (64%), из средств местного бюджета (8%). 8% опрошенных отметили, что они не знают, из каких источников медучреждение получает бесплатные медикаменты.

В большинстве случаев для лиц с инвалидностью бесплатно выдаются доступные медикаменты (84%), такие как аспирин, парацетамол, регидрон, витамины, амоксициллин, глюкоза и т.д. Наряду с этим, лицам с инвалидностью выдаются и дорогостоящие лекарства, которые те не всегда могут приобрести в аптеках за свои средства (24%), например, для онкологических больных наркотические средства; биоактивные добавки, инсулин, цереброзин и т.д. Кроме того, лицам с инвалидностью выдаются бесплатные медикаменты по назначению врача, которые имеются в наличии в медучреждении, а также перевязочные материалы и обезболивающие средства (12%).

Качество предоставляемых медицинских услуг

84% опрошенных респондентов отметили, что к ним не обращались лица с инвалидностью с жалобой на качество оказанных в их учреждении медицинских услуг. Лишь 16% опрошенных отметили, что были жалобы инвалидов в связи с отсутствием врача на рабочем месте, отсутствием массажного кабинета, комнаты для проведения досуга, а также на то, что выдаваемых бесплатных медикаментов не хватает на лечение.

Как отметили все опрошенные, ни одному лицу с инвалидностью не был причинен вред здоровью в результате оказания неквалифицированной медицинской помощи.

IX. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

Прошло более года со дня принятия в Таджикистане нового Закона «О социальной защите инвалидов», однако, как показали результаты данного мониторинга, многие положения закона продолжают носить декларативный характер. Закон гарантирует большое количество прав и льгот инвалидам, которые так и остаются на бумаге и не реализуются на практике.

В Таджикистане инвалидность все еще рассматривается, как медицинская проблема, и превалирует благотворительный подход к ЛОВ.

Сами лица с инвалидностью проявляют пассивность, когда речь идет о реализации их прав и пользовании льготами. В основном, такая пассивность объясняется неинформированностью ЛОВ о своих правах; трудностями в передвижении (многим ЛОВ, в связи с проблемами опорно-двигательного аппарата, проблемами зрения трудно ходить по различным учреждениям, ЛОВ с нарушениями слуха тяжело общаться с представителями различных структур в виду отсутствия сурдопереводчиков).

ЛОВ и родители ДОВ, в большинстве своем, ждут только благотворительности от государства, организаций и людей в виде денежных выплат, продуктов питания и одежды.

Общества инвалидов практически не уделяют внимания правовой защите инвалидов, не обучают их обращению в государственные органы и другие организации за защитой своих прав, ограничиваясь лишь нерегулярной материальной поддержкой.

Гендерные аспекты:

1. Национальное законодательство и политика по гендерному равенству и социальной защите инвалидов не имеют гендерного измерения. Они не содержат анализа потребностей мужчин и женщин с ограниченными возможностями;
2. Законодательство и установленные гарантии для женщин отражают стереотипы о роли женщины в семье и не направлено, как этого требует КЛДЖ, на обеспечение равенства, как мужчин, так и женщин на заботу о семье и ДОВ.

Социальное обеспечение ЛОВ

За последний год в РТ со стороны государства стало уделяться больше внимания социальному обеспечению лиц с инвалидностью, и началась разработка механизмов реализации предусмотренных законом льгот для данной категории лиц. Так, в декабре 2011 года утверждены Правила обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением и Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

Согласно результатам мониторинга, подавляющее большинство опрошенных ЛОВ пользуется определенными льготами. В основном, это льготы по оплате жилья, коммунальных услуг и городского телефона. Остальные льготы, предусмотренные законодательством для данной категории лиц, не реализуются в полной мере. Но все еще наблюдаются сложности с реализацией некоторых льгот. Например, несмотря на утверждение Правил обеспечения инвалидов санаторно-курортным лечением, в ходе мониторинга выяснилось, что льготами по прохождению санаторно-курортного лечения не пользуется практически никто из опрошенных. Только один респондент пользуется льготами по бесплатному проезду на маршрутном такси.

В настоящее время практически все ЛОВ и ДОВ охвачены пенсиями и пособиями. В среднем, они получают около 100 сомони ежемесячно. При этом подавляющее большинство ЛОВ и родителей ДОВ считают размер пенсии низким и указывают, что пенсия и пособие не удовлетворяет элементарным потребностям в питании, одежде и лечении, не говоря о других расходах (досуг, игрушки и др.)

Более половины опрошенных ЛОВ не знает о своем праве на получение технических реабилитационных средств

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР)

Реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, определяемой на основе заключения уполномоченного органа медико-социальной экспертизы.

ИПР является крайне важным механизмом реабилитации инвалида и его возвращения к достойной жизни в обществе. Важность этого документа у нас не признана в полной мере. Отсутствие ИПР у инвалидов ограничивает их права, создает барьеры на пути реализации их социальных прав.

Грамотно составленная ИПР, так же, как и практическая реализация данной программы уполномоченными государственными органами, дает возможность ЛОВ чувствовать себя внутри общества,

получить работу, обучаться в общеобразовательных заведениях, иметь доступ к качественным медицинским услугам. Кроме того, имея ИПР, ЛОВ имеет гораздо больше шансов устроиться на подходящую ему работу.

ИПР – документ, в который, в зависимости от потребностей инвалида, можно внести изменения и дополнения (как, к примеру, делают в России) путем подачи в орган, разработавший ИПР, заявления от инвалида или его представителя. ИПР обязательная для исполнения всеми государственными органами и негосударственными организациями.

На различных мероприятиях, посвященных обсуждению ситуации с инвалидностью в РТ, представители государственных структур отмечают, что уже имеется утвержденный образец ИПР, которая в скором времени начнет разрабатываться для каждого ЛОВ, но в настоящее время, как показывают результаты мониторинга и выездные консультации юристов, ни один опрошенный ЛОВ и ДОВ не имеет ИПР.

Таким образом, практическая ситуация до сих пор не соответствует требованиям законодательства Республики Таджикистан, в частности, Закона «О социальной защите инвалидов», положения которого четко предусматривают разработку такой программы в отношении каждого лица с инвалидностью.

Доступ к медицинским услугам

Практически все опрошенные ЛОВ и родители ДОВ обращаются за получением медицинской помощи в государственные медицинские учреждения.

Большинство из опрошенных респондентов не платят официально за медицинские услуги в поликлинике. Неофициальные выплаты за медицинские услуги в поликлиниках производят более половины опрошенных ЛОВ. Выплаты производятся за консультации врачей, массажные и другие процедуры, сдачу анализов.

При этом только треть опрошенных представителей медицинских учреждений указала, что в их учреждения поступают специальные денежные средства, предназначенные для лечения лиц с инвалидностью. Из этого числа респондентов часть считает, что деньги поступают из государственного бюджета, другие указывают на помощь международных организаций. Практически никто не знает, какая сумма поступает на лечение лиц с инвалидностью, и какая ее часть предназначена для лиц с инвалидностью.

ЛОВ и родители ДОВ испытывают значительные трудности с получением бесплатных медикаментов и соответствующего лечения. Государственные аптеки, куда они обращаются за бесплатными медикаментами, не всегда имеют их в наличии.

Подавляющее большинство респондентов из всех районов, за исключением Худжанда, отметило, что получаемых ими бесплатных медикаментов не хватает на лечение.

Большая часть респондентов, которые лечились в связи с инвалидностью в стационарных условиях, отметили хорошее отношение персонала.

Практически все опрошенные ЛОВ и родители ДОВ удовлетворены качеством предоставляемых медицинских услуг, оказываемых им в связи с инвалидностью. Но некоторые родители ДОВ считают лечение неэффективным и сетуют на то, что все услуги платные, лекарства дорогие, выдаваемых бесплатных медикаментов не хватает на лечение.

Доступ ДОВ к общему школьному образованию

В настоящее время в РТ наблюдается определенное продвижение в сфере доступа ДОВ к общему школьному образованию. Так, в 2011 году в Таджикистане была утверждена Национальная концепция инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями на 2011-2015 годы.

По результатам мониторинга, чуть более половины детей опрошенных родителей посещают общеобразовательные школы, и большинство родителей при устройстве детей в школы не сталкивались с проблемами. Небольшой процент опрошенных родителей (10%) столкнулись с отказом администрации школ в приеме ДОВ.

Большинство родителей ДОВ, дети которых посещают общеобразовательные школы, отмечают хорошее отношение к их детям со стороны сверстников и персонала школы. Но почти все родители указывают на отсутствие специальных занятий и курсов по обучению и уходу за ДОВ, подготовке их к школьному обучению.

Как показал опрос, подавляющее большинство родителей ДОВ официально не производят никаких затрат, связанных с учебой ребенка. Но ситуация с неофициальными выплатами другая: так, почти половина опрошенных родителей ДОВ производит неофициальные выплаты в школах. Выплаты, в основном, идут на нужды класса: ремонт, покупку канцтоваров, организацию конкурсов, а также на приобретение учебных пособий и питание детей.

15% детей находятся на домашнем обучении, к ним несколько раз в неделю приходят учителя общеобразовательных школ и проводят с ними занятия, в среднем, по 2 часа. Как показал опрос, практически никто из родителей не оплачивает учителям эти занятия.

Пятая часть ДОВ или 22% из опрошенной группы вообще не охвачена никаким образованием: не посещает ни школы, ни интернаты, и не находится на домашнем обучении. В качестве причины их родители указывали тяжелые пороки развития детей, в связи с чем, по их мнению, дети не поддаются обучению. Некоторые родители не хотят, чтобы их дети находились даже на домашнем обучении, поскольку не желают видеть в своем доме посторонних людей (учителей школ).

Кроме того, как указано в самой Концепции инклюзивного образования для ДОВ, дети с ограниченными возможностями, в основном, обучаются в специализированных учреждениях (для детей с нарушениями слуха, зрения, речи, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития). Целенаправленное включение детей с ограничениями в развитии в общеобразовательную среду осуществляется в республике в виде отдельных фактов, индивидуального опыта и не носит регулярный характер. Школы не приспособлены для обучения в них ДОВ, как в части физического доступа, так и в части материально-технического оснащения и подготовки квалифицированных кадров.

Таким образом, несмотря на то, что законодательство РТ соответствует международным стандартам в части образования ДОВ и регламентирует обучение ДОВ в общеобразовательных школах, на практике все еще отдается приоритет специальному образованию ДОВ, а при прохождении МПК (медико-педагогическая комиссия) зачастую отсутствует индивидуальный подход к каждому ребенку с инвалидностью и после поверхностного общения с ребенком делается заключение о том, что ребенок не может посещать общую школу.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

Общие рекомендации по внесению изменений и дополнений в законодательство:

1. Ратифицировать Конвенцию о правах лиц с инвалидностью.
2. Разработать и принять Национальную программу по защите прав лиц с инвалидностью и их интеграции в общество, а также о назначении ЛОВ на государственные должности.
3. Внести соответствующие дополнения о доступе ЛОВ к информации в Закон РТ «О социальной защите инвалидов» и в Закон РТ «О праве граждан на доступ к информации» (использование программ с сурдопереводом, специальной литературы, табличек на зданиях и остановках с использованием азбуки Брайля и др.)
4. Законодательно разработать и принять новые критерии определения инвалидности в соответствии с международными стандартами (с учетом международной классификации функционирования (МКФ) и исключить критерий трудоспособности в определении инвалидности.
5. Разработать программу трудоустройства ЛОВ.
6. Законодательно разработать специальные правила и стандарты для строительства и сооружения зданий, с учетом нужд ЛОВ и обеспечить их контроль.
7. Внести в Кодекс об административных правонарушениях ответственность за строительство объектов собственниками объектов без учета потребностей ЛОВ, а также за утверждение планов застройки таких объектов без учета потребностей ЛОВ.
8. Внести дополнения в налоговое законодательство страны и «Правила выдачи патента и свидетельства о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя физическим лицам, осуществляющим индивидуальную предпринимательскую деятельность без образования юридического лица» с целью введения льготного налогообложения ЛОВ – индивидуальных предпринимателей, также необходимо ввести льготы для ЛОВ при получении патента и лицензии на осуществление предпринимательской деятельности.

Процедуры получения инвалидности:

1. Создать Государственные службы медико-социальной экспертизы в каждом районе (к примеру, в Исфаре отсутствует ГСМСЭ, и комиссия для освидетельствования выезжает в Исфору из Канибадама. Такую службу можно создать на базе имеющихся медицинских учреждений).
2. Упростить процедуру прохождения освидетельствования для получения инвалидности (упростить сбор документов, уменьшить количество медицинских учреждений, которые необходимо пройти и устранить другие искусственные барьеры).

Право ДОВ на образование:

1. Внедрять инклюзивные образовательные программы на дошкольном уровне.
2. Обеспечить доступность образовательных учреждений для ДОВ и ЛОВ.
3. Продолжать практическое внедрение Концепции инклюзивного образования ДОВ.
4. Обеспечить условия в детских дошкольных и школьных учреждениях общего типа для воспитания и обучения в них ДОВ.
5. Ввести в дошкольных и школьных учреждениях общего типа штатную единицу специалиста по работе с ДОВ.
6. Разработать Национальную программу подготовки специалистов по обучению детей с физическими и умственными отклонениями в общеобразовательных учреждениях;
7. Способствовать получению ЛОВ высшего и профессионального образования. Для этого в школах и обществе нужно проводить информационные кампании о наличии льгот для ЛОВ при поступлении в вузы и другие образовательные учреждения.

Право ЛОВ на труд и занятость

1. Обеспечить практическую реализацию права лиц с инвалидностью, особенно, женщин с инвалидностью на труд (обеспечивать рабочими местами, благоприятными условиями труда, специальными приспособлениями на рабочих местах, организовывать курсы подготовки и переквалификации, обеспечивать условия для развития предпринимательской деятельности и т.д.)
2. Обязать ответственные органы (медико-социальная экспертиза) разрабатывать письменную ИПР для ЛОВ и ДОВ и кон-

- тролировать ее исполнение, организовывать санаторно-курортное лечение, бесплатное лечение и т.д.). Необходимо провести тренинги для МСЭ по вопросам разработки ИПР.
3. Соответствующим органам необходимо проводить регулярный мониторинг исполнения работодателями требования о предоставлении квот на рабочие места для ЛОВ.
 4. Создать при Государственном агентстве социальной защиты, занятости населения и миграции Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан специальный отдел по обеспечению работой лиц с инвалидностью.
 5. Обеспечить лиц с инвалидностью доступом к информации в вопросах их права на труд и трудоустройство, в частности, о деятельности указанных Агентств и системе квотирования.

Право на социальное обеспечение:

1. Законодательно закрепить механизмы оценки нужд и потребностей инвалидов.
2. Создать координационный центр по вопросам инвалидности в каждом соответствующем подразделении, а также многопрофильный Координационный комитет на высоком уровне, в состав которого войдут представители соответствующих министерств и организаций лиц с ограниченными возможностями. Этот комитет должен быть наделен полномочиями вносить предложения, предлагать возможные политические решения и контролировать выполнение.
3. Увеличить выделяемые бюджетные средства на обеспечение практической реализации права ЛОВ и ДОВ на доступ к бесплатным медицинским услугам, получению самых необходимых бесплатных медикаментов и т.д.
4. Дополнить часть 2 статьи 31 Закона «О социальной защите инвалидов» положением, согласно которому льготы, предусмотренные данной статьей, распространяются на детей-инвалидов, а также на нетрудоспособных членов семей – инвалидов I и II групп.
5. Дополнить статью 29 Закона РТ «О социальной защите инвалидов» положением, согласно которому родитель (либо иной законный представитель ребенка), который занят уходом за ребенком-инвалидом до 18 лет и нигде не работает, имеет право на получение ежемесячного пособия, размер которого определяется Правительством РТ.

Право на здоровье:

1. Государству следует обеспечить, чтобы инвалиды имели доступ к любым видам постоянного лечения и получали лекарственные препараты, которые могут им потребоваться для поддержания или повышения уровня их жизнедеятельности.¹¹²
2. Обеспечить практический доступ ЛОВ и ДОВ к бесплатным медицинским услугам и получению необходимых бесплатных медикаментов.
3. Государству следует регулярно собирать статистические данные об условиях жизни инвалидов различного пола, а также другую информацию об инвалидах.¹¹³
4. Государству следует обеспечить, чтобы все органы, ответственные за предоставление услуг инвалидам, осуществляли должную подготовку своего персонала.¹¹⁴
5. Внедрять национальные стандарты по уходу и соответствующему обучению ДОВ и строго отслеживать их соблюдение с целью защиты прав детей, остающихся в учреждениях.
6. Организовать курсы самопомощи для лиц с инвалидностью в целях повышения самостоятельности.
7. Внести отдельную статью в государственный бюджет на медицинские нужды ЛОВ и ДОВ.

Просвещение:

1. Предпринять меры по просвещению населения для искоренения стигмы и дискриминации в отношении ЛОВ.
2. Проводить просветительские мероприятия о правах ЛОВ и ДОВ среди ответственных государственных органов (отделы социальной защиты населения, отделы образования, органы медико-социальной экспертизы, отделы архитектуры и строительства, представители медицинских учреждений и др.)
3. Проводить тренинги по правам ЛОВ и ДОВ для самих лиц с инвалидностью и родителей ДОВ.
4. Разработать методические пособия для родителей ДОВ по уходу и воспитанию детей с инвалидностью.

¹¹² Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года, Правило 2

¹¹³ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года, Правило 13

¹¹⁴ Там же, Правило 19

Гендерные аспекты:

1. Провести гендерную экспертизу законодательства, регулирующего права ЛОВ;
2. Разработать отдельную программу по реализации прав женщин с ограниченными возможностями, в том числе, затрагивающую их право на труд и занятость.
3. Проводить информационные кампании среди ЛОВ, в особенности, среди женщин о праве на получение реабилитационных средств и процедурах обращения за этими средствами. Оказывать правовую поддержку в обращении за этими средствами, в особенности, женщинам с ограниченными возможностями ввиду их более низкой осведомленности, по сравнению с мужчинами.
4. Проводить информационные кампании об ИПР с фокусом на женщин, в целом, и тех женщин, которые проживают в сельских регионах или далеко от центральных городов или районных центров Согдийской области и оказывать им содействие в получении ИПР.
5. Пресекать случаи распространения неофициальных платежей, в особенности, при обращении ЛОВ, в целом, и, в частности, женщин с ограниченными возможностями в связи с их более частой обращаемостью в медицинские учреждения за помощью.

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
для лиц с ограниченными физическими возможностями (ЛОВ)

Ф.И интервьюера: _____
Дата проведения опроса: _____ 2012 г.
Место проживания респондента (город, сельская местность)

1. Пол респондента: _____

2. Возраст: _____

3. Группа инвалидности:

I группа

II группа

III группа

4. Ваш диагноз:

ДЦП

Патология опорно-двигательного аппарата

Патология зрения

Патология речи и слуха

Иное _____

Право на социальное обеспечение

5. Получаете ли вы пенсию?

Да (укажите размер) _____

Нет (почему?) _____

6. Удовлетворяет ли пенсия ваши нужды?

Удовлетворяет

Скорее удовлетворяет

Скорее не удовлетворяет

Абсолютно не удовлетворяет

7. Какой вид пенсии вы получаете?

Трудовую (укажите размер) _____ сомони

- Социальную (укажите размер) _____ сомони
 Не знаю, какой вид пенсии я получаю, но ее размер составляет _____ сомони

8. Если вы нуждаетесь в уходе, кто осуществляет уход за вами?

- Никто, я являюсь одиноким инвалидом
 Родственники
 Попечитель
 Иное _____

9. Имеется ли кто-нибудь на вашем содержании (иждивени)?

- Да (укажите, сколько человек) _____
 Нет

10. Какими льготами Вы пользуетесь (можно отметить несколько вариантов ответов)?

- Льготы по оплате жилья (квартплата или техобслуживание ЖЭУ) (укажите, в каком размере?) _____
 Льготы по оплате воды (в каком размере?) _____
 Льготы по оплате городского телефона (в каком размере?) _____
 По проезду на транспорте (укажите вид транспорта и размер льгот) _____
 Другие (указать) _____

11. Знаете ли вы о своем праве на получение реабилитационных средств (коляски, костыли, трости, слуховые аппараты и др.)?

- Да
 Нет

12. Обращались ли вы в госорганы для получения реабилитационных средств (коляски, костыли, трости, слуховые аппараты и др.)?

- Да (куда именно вы обращались?) _____
 Нет (почему?) _____

12.1 Каков был результат вашего обращения?

- Мне выдали реабилитационное средство (какое) _____
 Я не получил никакого ответа
 Мне отказали устно
 Мне отказали письменно
 Иное _____

13. Знаете ли Вы об индивидуальной программе реабилитации (ИПР):

- Да, знаю, и у меня есть ИПР
- Да, знаю, но у меня нет ИПР
- Ничего об этом не знаю, впервые слышу

Вопросы по доступу к медицинским услугам

Обращение за медицинской помощью в связи с инвалидностью

14. Как часто вы обращаетесь за медицинской помощью в связи с инвалидностью?

- Один раз в месяц
- Один раз в три месяца
- Один раз в полгода
- Один раз в год
- Иное (указать) _____

15. В учреждение какого типа Вы обращаетесь за медицинской помощью?

- Государственное
- Частное
- Не знаю
- Иное (укажите) _____

16. Есть ли у вас собственный лечащий врач?

- Да
- Нет

17. Как далеко от Вашего дома расположена поликлиника, куда Вы обращаетесь?

- Далеко, даже если добираться на общественном транспорте (указать примерно, сколько времени нужно добираться) _____
- Недалеко, если добираться транспортом (указать, сколько времени необходимо на дорогу?) _____
- Недалеко, можно добраться пешком (сколько времени необходимо на дорогу?) _____
- Близко (сколько времени?) _____
- Иное _____

Оплата медицинских услуг

18. Платите ли Вы официально за медицинские услуги в поликлинике? (под официальной оплатой имеется в виду выдача квитанций и чеков за оплату)

- Да
 Нет

18.1 Если да, то за какие услуги (можно отметить несколько вариантов ответов):

- Консультация врача (укажите сумму) _____ сомони
 Сдача анализов
 Проведение процедур (массаж, капельницы, уколы, физлечение и др.)
 Иное (указать) _____

19. Приходилось ли Вам платить неофициально за медицинские услуги (под неофициальной оплатой имеется в виду оплата услуг без получения взамен квитанций и чеков)?

- Да
 Нет

19.1 Если да, то за какие услуги вы платили неофициально? (можно отметить несколько вариантов ответов):

- Консультация врача (укажите сумму за 1 консультацию) _____ сомони
 Сдача анализов (укажите анализ _____ и сумму одного анализа _____ сомони)
 Проведение процедур (массаж, капельницы, уколы, физлечение и др.) (укажите, какая это процедура _____ и укажите сумму за одну процедуру и _____ сомони)
 Иное (указать) _____

20. Вы получаете медикаменты на бесплатной или платной основе?

- Бесплатно
 Платно
 Частично оплачиваю (указать, какая часть стоимости оплачивается) _____
 Иное (укажите) _____

Если ответ «Платно», переходите к вопросу № 26

21. *Если вы получаете медикаменты бесплатно, как часто вы их получаете?*

- Один раз в неделю
- Один раз в месяц
- Один раз в три месяца
- Один раз в полгода
- Иное (указать) _____

22. *Кто вам выдает рецепт на получение бесплатных медикаментов?* _____

23. *Если вам выдан рецепт на получение бесплатных медикаментов, всегда ли они есть в государственной аптеке?*

- Да
- Нет
- Иное (укажите) _____

24. *Если вы получаете медикаменты бесплатно, хватает ли их на месяц лечения?*

- Да
- Нет

25. *Если вы получаете медикаменты бесплатно, довольны ли вы их качеством?*

- Да, они хорошего качества
- Скорее нет, так как выдаются дешевые медикаменты
- Не доволен
- Иное (указать)

Отношение медицинского персонала

26. *Приходилось ли вам проходить обследование и находиться на стационарном лечении в больнице в связи с инвалидностью?*

- Да
- Нет

27. *Если да, знакомили ли вас с результатами обследования?*

- Да
- Нет

28. Как Вы оцениваете отношение персонала к Вам?

- Очень хорошее
 Хорошее
 Равнодушное
 Удовлетворительное
 Плохое, грубое
 Иное (указать) _____
-

Санаторно-курортное лечение

29. Проходили ли Вы санаторно-курортное лечение?

- Да
 Нет

Если ответ «Нет», переходите к вопросу № 30

29.1 Если да, как часто Вы проходите санаторно-курортное лечение?

- Один раз в год
 Один раз в 2 года
 Реже (указать сроки) _____

29.2 В какой местности Вы проходили санаторно-курортное лечение?

- В пределах населенного пункта своего проживания
 За пределами населенного пункта проживания, но в пределах Таджикистана (указать, где именно) _____
-

- Иное (указать) _____
-

29.3 Если Вы проходили санаторно-курортное лечение за пределами населенного пункта проживания, оплачивалась ли Вам дорога?

- Да (кто оплачивал дорогу?) _____
 Нет
 Частично (указать, какая часть и кто оплачивал) _____
-
-

29.4 Оплачивалась ли Вам путевка на прохождение санаторно-курортного лечения?

Да, полностью (указать, со стороны кого оплачивалась) _____

Да, частично (указать, какую часть суммы и кто оплачивал) _____

Нет

**Жалобы на предоставление некачественных
медицинских услуг**

30. Удовлетворяет ли вас качество предоставления медицинских услуг, связанных с инвалидностью?

Да

Нет

30.1 Если нет, опишите, что именно Вас не удовлетворяет? (можно отметить несколько вариантов ответов)

Неэффективное лечение

Выдаваемых в месяц бесплатных медикаментов не хватает на лечение

Равнодушное отношение лечащего врача

Грубое отношение лечащего врача

Равнодушное или грубое отношение других медицинских работников

Иное (опишите, что именно) _____

31. Был ли причинен вред вашему здоровью неквалифицированной медицинской помощью?

Да (опишите, какой вред) _____

Нет

32. Жаловались ли вы на некачественное предоставление медицинских услуг?

Да

Нет (почему?) _____

32.1 Если да, куда Вы жаловались?

- Руководителю этого медицинского учреждения
 - В Управление здравоохранения Согдийской области
 - В Министерство здравоохранения
 - В прокуратуру, милицию
 - В суд
 - В Агентство по финансовому контролю и борьбе с коррупцией
 - Иное (укажите) _____
-

32.2 Каковы результаты Вашей жалобы?

- Никого не наказали
 - Мне возместили ущерб (в чем это выразалось?) _____
 - Виновного наказали (каким образом?) _____
 - Иное (укажите) _____
-

Подпись интервьюера: _____

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
для родителей, имеющих детей с инвалидностью
школьного возраста (доступ к образованию)

Ф.И интервьюера: _____

Дата проведения опроса: _____ **2012 г.**

Место проживания (город, сельская местность) _____

1. Пол респондента: жен муж

2. С кем Вы воспитываете ребенка?

Воспитываю ребенка одна /один

С отцом/матерью ребенка

Со своими родителями

Иное (укажите) _____

3. Возраст вашего ребенка _____

4. Пол ребенка _____

5. Диагноз ребенка:

ДЦП

Патология опорно-двигательного аппарата

Патология зрения

Патология речи и слуха

Иное _____

6. Получаете ли вы социальное пособие на вашего ребенка?

Да (в какой сумме?) _____ сомони

Нет

7. Хватает ли данного пособия на нужды и лечение ребенка?

Хватает полностью

Скорее не хватает

Абсолютно не хватает

8. Ходит ли ваш ребенок в школу?

Да Нет

8.1 Если нет, то почему:

Отказ администрации в приеме ребенка (пожалуйста, укажите причины отказа) _____

Нежелание ребенка

Отдаленность школ

Отсутствие специального средства передвижения

Иное _____

(Если НЕТ, после вопроса № 8.1 перейти к вопросу № 16)

9. Тип школьного учреждения, которое посещает ваш ребенок?

Общеобразовательная школа

Специализированная школа-интернат для детей с инвалидностью

Иное (укажите) _____

10. Если Ваш ребенок ходит в общеобразовательную школу, сталкивались ли вы с трудностями при устройстве ребенка в школу?

Да

Нет

10.1. Если да, то с какими? _____

11. Какое учреждение направило вашего ребенка в школу?

Медико-педагогическая комиссия (МПК)

Отдел образования (ГОРОНО)

Иное _____

12. Как далеко находится школа, в которую ходит ваш ребенок?

Можно пешком добраться менее чем за 20 минут

Надо идти пешком 30-40 минут

Надо идти пешком более часа

Можно добраться только на транспорте (указать примерное время) _____

Иное _____

13. Нуждается ли ваш ребенок в одном из этих оборудований и технических средств в школе?

Инвалидная коляска

Специально оборудованное место для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

- Устройство для чтения (для слабовидящих)
- Средство звукоусиления (слуховые аппараты) для детей с нарушением слуха
- Он не нуждается
- Иное _____

14. Если да, то обеспечен ли ваш ребенок этим оборудованием в школе?

- Да (чем именно?) _____
- Нет (почему?) _____
- Иное _____

15. Как Вы могли бы оценить отношение персонала школы и других детей к вашему ребенку?

	Очень хорошее	Хорошее	Равнодушное	Плохое
Персонал				
Другие дети				

16. Если ваш ребенок не посещает школу, проводятся ли для вашего ребенка учебные занятия на дому со специалистами (приходят ли домой к ребенку учителя со школы)?

- Да
- Нет
- Иное _____

16.1 Если да, кто проводит занятия?

16.2 Как часто проводятся занятия (сколько раз в неделю по сколько часов)?

16.3 По каким предметам проводятся занятия?

16.4 Оплачиваете ли вы эти занятия? (кому, в какой сумме?)

16.4.1 Если вы оплачиваете занятия, являются ли эти выплаты официальными?

- Да (выдаются ли квитанции, чеки?) _____
 Нет
 Не знаю

16.4.2 Если выплаты неофициальные, добровольно ли вы оплачиваете занятия или нет?

- Да
 Нет

16.5 Если для ребенка не проводятся занятия на дому, то каковы причины?

- Ему эти занятия не нужны
 Нет специалистов
 Требуяют деньги для дополнительных занятий, а у нас нет возможности платить
 Иное _____

17. Посещаете ли вы индивидуальные занятия специалистов по уходу и общению со своим ребенком?

- Да (где и какие?) _____
 Нет (почему?) _____

18. Принимает ли участие ваш ребенок во всех внеклассных и внешкольных мероприятиях (развлекательные мероприятия: утренники, концерты, конкурсы, посещает ли кинотеатры, музеи и др.)?

- Да (в каких?) _____
 Нет. Почему? _____
 Иное _____

19. Какую сумму ежемесячно вы тратите официально на содержание ребенка в школе? _____ сомони

20. Какую сумму ежемесячно вы тратите неофициально на содержание ребенка в школе? _____ сомони

21. На какие нужды производятся неофициальные расходы?

- Питание ребенка
 Учебные пособия
 Школьные сборы (указать, на что и какие суммы) _____

- Иное _____

22. Знаете ли Вы об индивидуальной программе реабилитации (ИПР)?

- Да
 Нет

22.1 Если Да, откуда Вы узнали об ИПР?

- В Собесе
 В службе медико-социальной экспертизы (бывший ВТЭК)
 От других родителей
 Из СМИ
 Иное (укажите) _____

23. Имеет ли Ваш ребенок ИПР?

- Да (выполняется ли ИПР на практике?) _____

- Нет

Вопросы по доступу к медицинским услугам

24. Как часто Ваш ребенок нуждается в медицинской помощи в связи с инвалидностью?

- Один раз в месяц
 Один раз в три месяца
 Один раз в полгода
 Один раз в год
 Иное (указать) _____

25. В учреждение какого типа Вы обращаетесь за медицинской помощью для Вашего ребенка?

- Государственное
 Частное
 Иное _____

26. Как далеко от Вашего дома расположена поликлиника, где Вы лечите Вашего ребенка?

- Далеко, даже если добираться на общественном транспорте
 Недалеко, если добираться транспортом (сколько времени необходимо на дорогу?) _____
 Недалеко, можно добраться пешком (сколько времени необходимо на дорогу?) _____
 Близко (сколько времени пешком?) _____
 Иное _____

27. Есть ли у Вашего ребенка собственный лечащий врач?

- Да
 Нет

28. Удовлетворяет ли вас качество предоставления медицинских услуг лечащим врачом Вашего ребенка?

- Да
 Нет
 Иное (укажите) _____

29. Проходил ли Ваш ребенок медицинские реабилитационные мероприятия (хирургические операции, лечение терапевта или ортопедические мероприятия и др.)?

- Да (какие?) _____
 Нет (почему?) _____

29.1 Если да, где ваш ребенок проходит медицинские реабилитационные мероприятия?

- В городе / селе, где мы живем
 В другом городе РТ (указать) _____
 В другой стране (указать, в какой стране и почему?) _____

29.2 Если да, являются ли реабилитационные мероприятия эффективными?

- Да (какой эффект?) _____

 Нет (почему вы так считаете?) _____

30. Платите ли Вы официально за медицинские услуги в поликлинике, оказываемые вашему ребенку? (под официальной оплатой имеется в виду выдача квитанций и чеков за оплату)

- Да
 Нет

30.1 Если да, то за какие услуги (можно отметить несколько вариантов ответов):

- Консультация врача (укажите сумму) _____ сомони
 Сдача анализов
 Проведение процедур (массаж, капельницы, уколы, физлечение и др.)
 Иное (указать) _____

31. Приходилось ли Вам платить неофициально за медицинские услуги, оказываемые вашему ребенку в поликлинике? (под неофициальной оплатой имеется в виду оплата услуг без получения взамен квитанций и чеков)?

- Да
 Нет

31.1 Если да, то за какие услуги вы платили неофициально? (можно отметить несколько вариантов ответов):

- Консультация врача (укажите сумму за 1 консультацию) _____ сомони
 Сдача анализов (укажите анализ _____ и сумму одного анализа _____ сомони)
 Проведение процедур (массаж, капельницы, уколы, физлечение и др.) (укажите, какая это процедура _____ и укажите сумму за одну процедуру и _____ сомони)
 Иное (указать) _____

32. Каким образом вы получаете медикаменты для Вашего ребенка?

- Бесплатно
 Платно
 Частично оплачиваю (указать, какая часть стоимости оплачивается) _____

**Жалобы на предоставление некачественных
медицинских услуг**

33. Удовлетворяет ли вас качество предоставления медицинских услуг, связанных с инвалидностью вашего ребенка?

- Да
 Нет

33.1 Если нет, опишите, что именно Вас не удовлетворяет? (можно отметить несколько вариантов ответов)

- Неэффективное лечение
 Выдаваемых в месяц бесплатных медикаментов не хватает на лечение
 Равнодушное отношение лечащего врача
 Грубое отношение лечащего врача
 Равнодушное или грубое отношение других медицинских работников
 Иное (опишите, что именно) _____

34. Был ли причинен вред здоровью вашего ребенка неквалифицированной медицинской помощью?

- Да (опишите, какой вред) _____

- Нет

35. Жаловались ли вы на некачественное предоставление медицинских услуг вашему ребенку в связи с его инвалидностью?

- Да
 Нет (почему?) _____

Если да, куда Вы жаловались?

- Руководителю этого медицинского учреждения
 В Управление здравоохранения Согдийской области
 В Министерство здравоохранения
 В прокуратуру, милицию
 В суд
 В Агентство по финансовому контролю и борьбе с коррупцией
 Иное (укажите) _____

35.1 Каковы результаты Вашей жалобы?

- Никого не наказали
- Мне возместили ущерб (в чем это выразалось?) _____

- Виновного наказали (каким образом?) _____

- Иное (укажите) _____

Подпись интервьюера: _____

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
для работников здравоохранения

Ф.И интервьюера: _____

Дата проведения опроса: _____ **2012 г.**

Город (район) _____

1. Место работы _____

2. Тип учреждения:

- Частное
 Государственное
 Иное (указать) _____

3. Должность _____

4. Специализация _____

**Обращение за медицинской помощью
в связи с инвалидностью**

5. Обращались ли к вам лица с инвалидностью за медицинской помощью в связи с инвалидностью?

- Да
 Нет

5.1. Если да, то как часто?

- Один раз в месяц
 Один раз в три месяца
 Один раз в полгода
 Один раз в год
 Иное (указать) _____

6. Являетесь ли Вы постоянным лечащим врачом для лиц с инвалидностью?

- Да
 Нет
 Иное _____

7. Поступают ли в ваше медучреждение денежные средства на лечение лиц с инвалидностью?

Да, поступают

Да, но не указывается, что именно на лечение лиц с инвалидностью

Нет

Иное _____

7.1 Если да, откуда выделяются средства?

С государственного бюджета

Благотворительные пожертвования частных лиц.

Помощь международных организаций (уточнить, каких) _____

7.2 Какова сумма поступления денежных средств в месяц?

_____ сомони

7.3 Какая сумма из общей поступившей суммы в месяц идет на лечение лиц с инвалидностью? _____ сомони

Оплата медицинских услуг

8. Какие медицинские услуги получает лицо с инвалидностью в Вашем медицинском учреждении? (можно отметить несколько вариантов ответов)

Консультация врача

Сдача анализов

Проведение массажа

Физлечение

Иные процедуры или услуги (укажите) _____

9. Оплачивают ли лица с инвалидностью медицинские услуги в вашем медучреждении?

Да

Нет

Частично (в какой части?): _____

9.1 Если да, то за какие услуги производится оплата?
(можно отметить несколько вариантов ответов):

- Консультация врача (укажите сумму) _____ сомони
- Сдача анализов _____ сомони
- Проведение массажа
- Физлечение _____ сомони
- Иные процедуры или услуги (укажите) _____
_____ сомони

10. Каким образом производится оплата?

- Через кассу медучреждения
- Врачам медучреждения
- Младшему персоналу учреждения
- Иное (укажите) _____

11. Подтверждается ли оплата каким-либо документом?

- Нет, оплата производится на руки персоналу без каких-либо документов.
- Да, клиенту выдается квитанция / чек.
- Иное (укажите) _____

12. Выдаются ли со стороны вашего учреждения бесплатные медикаменты для лиц с инвалидностью?

- Да
- Нет
- Иное _____

12.1. Если да, как часто они выдаются?

- Один раз в неделю
- Один раз в месяц
- Один раз в три месяца
- Один раз в полгода
- Иное (указать) _____

12.2 Откуда Ваше медучреждение получает данные бесплатные медикаменты?

- Это иностранная гуманитарная помощь
- Это медикаменты, выделенные Министерством здравоохранения
- Не знаю
- Иное (укажите) _____

12.3 Какие обычно бесплатные медикаменты выдаются для лиц с инвалидностью?

Недорогие доступные медикаменты (попросите респондента перечислить несколько медикаментов и запишите) _____

Дорогие лекарства, которые лица с инвалидностью не всегда могут приобрести в аптеках за свои средства (попросите респондента перечислить несколько медикаментов и запишите) _____

Выдаются медикаменты, которые не оказывают влияния на улучшение состояния здоровья лица с инвалидностью _____

Иное (укажите) _____

Качество предоставляемых медицинских услуг

13. Обращались ли к вам когда-либо лица с инвалидностью с жалобой на качество оказанных им в вашем учреждении медицинских услуг?

Да (каких именно услуг?) _____

Нет

13.1 Если да, опишите, в чем именно заключалась жалоба? (можно отметить несколько вариантов ответов)

Неэффективное лечение

Выдаваемых бесплатных медикаментов не хватает на лечение

Равнодушное или грубое отношение медицинских работников (уточните, кого именно) _____

Иное (опишите, что именно) _____

13.2. Был ли причинен вред здоровью лицам с инвалидностью некавалифицированной медицинской помощью?

Да (опишите, какой вред) _____

Нет

Иное (укажите) _____

14. Какие действия были предприняты по результатам рассмотрения жалоб лиц с инвалидностью?

Наказали виновного (каким образом?) _____

Возместили ущерб (в чем это выразалось?) _____

Никого не наказали

Иное (укажите) _____

Подпись интервьюера: _____

UN WOMAN
Bureau on Human Rights and Rule of Law
League of Women with Disabilities «Ishtirok»

IMPLEMENTATION OF THE RIGHTS OF PEOPLES WITH DISABILITIES IN THE SUGHD PROVINCE, REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Report on the results of monitoring
Phase II

Authors: Madina Usmanova, Tahmina Juraeva, Zafar Akhmedov
Gender expert: Dilbar Turahanova
Editor: Alexandra George
Translated by: Nigora Makhmudova

Khujand | 2012

© Bureau on Human Rights and Rule of Law
For free of charge dissemination

CONTENTS

I. INTRODUCTION	149
II. EXECUTIVE SUMMARY	151
III. METHODOLOGY.....	159
IV. ANALYSIS OF THE LEGISLATION	163
1. Rights of Children with Disabilities to a Secondary Education.....	163
1.1 International standards	163
1.2 National Legislation	167
1.3 Analysis.....	170
2. Rights of Persons with Disabilities to Employment	176
2.1 International standards	176
2.2 National legislation	181
2.3 Analysis.....	189
3. Rights of Persons with Disabilities to Social Welfare ...	193
3.1 International Standards on the Rights of Persons with Disabilities to Social Security.....	193
3.2 National Legislation	196
3.3 Analysis.....	204
4. Right of Persons with Disabilities to Health and Access to Medical Services	205
4.1 International standards	205
4.2 National legislation.....	207
4.3 Analysis.....	212
V. GENDER AND PERSONS WITH DISABILITIES	217
VI. ANALYSIS OF AVAILABLE STATISTICAL DATA.....	221
VII. RIGHTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES TO AN EDUCATION.....	224
1. Interviews with parents of Children with Disabilities	224

VIII. RIGHT TO SOCIAL WELFARE	226
1. Interviews with Persons with Disabilities	226
2. Interviews with parents of Children with Disabilities	227
IX. RIGHT TO HEALTH CARE	228
1. Interviews with Persons with Disabilities	228
2. Interviews with parents of Children with Disabilities	231
3. Interviews with personnel of medical facilities	233
X. CONCLUSIONS	236
Summary of Findings	236
Recommendations	240
<u>Annex</u>	
Questionnaires (toolkit).....	245

We would like to thank all members of the monitoring group: Muminova Nazira, Boltuev Umed, Akhmedjanov Jamshed, Ashurova Lola, Juraeva Shahzoda, Obidova Sabohat, Saidova Muazzama, Karimov Abduholik; our gender expert Dilbar Turakhanova; our team of project lawyers, Samadova Dilafruz, Saidov Sadridin and other staff related to the project; partner agencies, namely the League of Women with Disabilities "Ishtirok," "Khurshedi Zindagi;" all the respondents who took part in the survey, as well as all the other people who contributed in various ways to the successful implementation of the project.

We would also like to express our gratitude to the Department of Social Protection of Sughd Province, the Main Department of the Agency on Social Protection, Employment and Migration of Sughd Province and the TV broadcaster, SM-1, for the information they provided.

ACRONYMS

- CEDAW** – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
- CDH** – Central District Hospital
- CRPD** – Convention on the Rights of People with Disabilities
- CWD** – Children with Disabilities
- ICCPR** – International Covenant on Civil and Political Rights
- ICESCR** – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
- IRP** – Individual Rehabilitation Program for Persons with Disability.
- LC** – Labour Code
- PSF** – Preschool facilities
- PWD** – People with Disabilities
- SMSES** – State Medical Social Expertise Service
- UN** – United Nations Organization

INTRODUCTION

More than one billion of the global population lives with some form of disability, of whom almost 200 million people live with serious functional difficulties. In coming years disabilities will become an issue of increasing concern, as the number of People with Disabilities (PWDs) is increasing. This is the result of two main factors. The first is the overall aging of the world population, since the elderly have an increased risk of becoming disabled. The second one is the global increase of serious diseases like diabetes, cardiac problems, cancer and mental disorders.

The results of the assessment show that over one billion people, or almost 15% of the global population (according to the global population census of 2010), live with some form of disability. This result is much higher than the indicators provided by the World Health Organization in 1970, when the figure was 10%.

According to the World Health Survey, nearly 785 million people aged 15 or above (15.6%) live with a disability, although The Global Burden of Disease Report indicates a higher number, with 975 million people (19.4%). In line with the estimations of the Global Health Care Survey, 110 million people (2.2%) have significant difficulties with functioning. According to the WHO Global Burden of Disease Report, 190 million people suffer from a serious form of disability.

The Global Burden of Disease Report was the only one to carry out an assessment on infant disability (0–14), citing 95 million children (5.1% of the total population), out of which 13 million (0.7%) suffer from “a serious form of disability.” In low-and middle-income countries the share of chronic diseases account for an estimated 66.5% of the total number of years lived with a disability.¹

PWDs are more vulnerable to a lack of medical, rehabilitation and support services. The poor coordination of services, a lack of personnel and low levels of professionally trained staff affect the quality, access and adequacy of the services provided to PWDs. Data collected in the World Health Survey from 51 countries indicates that the probability that in the case of PWDs, the lack of knowledge and skills of medical service providers is twice higher than with other patients. The

¹ World Disability Report, World Health Organization, World Development Bank, 2011.

possibility for a lack of attention towards patients is four times higher and the possibilities of encountering refusals to provide medical assistance is three times higher.

Most PWDs do not take part in decision-making processes related to the issues that will have direct impact on their lives. For instance, PWDs who receive support at home cannot select the services or control provision of the services.

An UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) report² found that: "A significant shift in terms of understanding of the essence of disability has occurred over the past decades. Attention is no longer focused on what is wrong with the person. Instead, disability is recognized as a consequence of the interaction of the individual with the environment, which does not provide accounting characteristics of the individual and limiting or blocking the participation of the individual in society. This approach is called the social model of disability. The Convention on the Rights of People with Disabilities supports this model and promotes it by accepting that disabilities are an issue of human rights defence."

CIS countries, as well as other highly-developed or medium-developed countries still regard disabilities as primarily a medical problem, secondly as a social welfare issue. Nevertheless most countries had made steps to adopt legislation grounded on human rights principles and the rights of PWDs.³

Significant positive changes in the field of implementing the rights of PWDs have taken place in Tajikistan in recent years. In December 2010, a new law on Social Protection of PWDs was adopted, the National Concept on Inclusive Education for CWDs for 2011-2015 was approved and in December 2011, the Guidelines on treatment at sanatoria and the Rules for providing PWDs with technical devices for rehabilitation were adopted.

At the same time, problems still persist in the sphere of practical implementation of the rights of PWDs. These problems will be discussed in more detail later in the report.

² Monitoring the Convention of the Rights of People with Disabilities. Guideline for human rights monitors. Professional training series no., UN OHCHR, New York and Geneva, 2010, p.8

³ Children and Disability in Transition in CEE/CIS and Baltic States, UNICEF Innocenti Research Centre, 2005.

II. EXECUTIVE SUMMARY

Statistical data

The number of PWDs in Tajikistan, in the last year increased by almost 20, 000 people. In 2011, the number of PWDs in Tajikistan was almost 152, 000,⁴ while in first half of 2012, the number rose to 171,174 people.⁵

In accordance with the data received from the Department of Social Protection of Sughd province, 52, 669 PWDs were registered in Sughd province in 2011 (26, 874 women and 25, 795 men). The total of number of Children with Disabilities (CWDs) (under 18 years) was 5, 143 (3, 041 girls and 2, 102 boys).

In line with the data for 2012, the number of PWDs in Sughd province is 55, 031 people (24, 869 women and 30, 162 men).

The number of CWDs has also increased: 6, 972 (4, 521 girls and 2, 451 boys).

Information on the project

From January until May 2011, the Khujand branch of the Office of Human Rights and Rule of Law in partnership with the League of Women with Disabilities Ishtirok and the support of UN Women, implemented the project, "Monitoring of the Implementation of the Rights of People with Disabilities in Sughd Province." The project was part of a more comprehensive project entitled "Gender and Democratic Governance – Provision of Basic Services to Women in Tajikistan."

The second phase of the project was implemented from December 2011 to June 2012.

The project included the following components:

- Monitoring
- Mobile consultations provided by lawyers in pilot districts
- Discussions with the representatives of state bodies
- Advocacy campaigns aimed at the ratification of the UN Convention on the Rights of People with Disabilities
- Registration of PWDs

⁴ Source: <http://reqnum.ru/news/fd-abroad/tajik/1331357.html>

⁵ In line with the data from Ministry of Labour and Social Protection of the Population for 2012.

- Accessibility of social and transport infrastructure sites for PWDs

Advocacy campaign

During the project implementation period, three appeals from an informal NGO network active in the field of protection of rights of PWDs were disseminated through the mass media:

1. The first appeal was addressed to the government and urged it to ratify the UN Convention on the Rights of PWDs (UNCRPD).
2. The second appeal was related to the accessibility of social infrastructure and transport for PWDs and was sent to the mayor of Dushanbe, and disseminated in the local mass media.
3. The third appeal was related to the massive re-examination of PWDs in the country and was addressed to the Government of Tajikistan and the mass media. It was organized on the International Day of PWD Rights (5 May).

A meeting with representatives of the Ministry of Health, Ministry of Labour and Social Protection of Population, Executive Office of the President, the Department of Architecture and Urban Planning was organized in Dushanbe on 17 April 2012.

The main objective of this meeting was to discuss the questions of massive re-examination of PWDs, the accessibility of social and transport infrastructure sites and the ratification of the Convention on the Rights of People with Disabilities.

As to the re-examination of PWDs, since early 2012 organizations involved in the promotion and protection of the rights of PWDs started getting information about PWDs who are involved in a repeat examination for the presence of a disability beyond the terms established by law. This procedure was carried out, and for those whose disability is not in doubt (missing limbs and toes, eyes, etc.) the SSMES noted this in its conclusion.

PWDs and parents of CWDs said that they were visited or contacted by representatives from the Ministry of Health and told to undergo a complete re-examination because of the increased number of PWDs in Tajikistan.

From the legal perspective, the current situation contradicts all legal norms. For example one law states: "Re-examination of PWDs is carried out at the request of the PWD" (Art. 32 – RT Law on Pensions

According to the Instruction No. 68 on Medical Social Examination approved by the RT Ministry of Labour and Social Protection of 21 August 2009 and Instruction no. 11 of the RT Ministry of Health of 5

August 2009, these establish the terms and time-frames for re-examinations. PWDs of group I have to undergo re-examination in two years, and PWDs from group II and group III in one year. For PWDs who are victims of the Chernobyl disaster a lifelong disability is established. The next examination is aimed at identifying groups of disabled and is carried out one month prior to the termination of the set period. For women over 58 years and men over 63 years, a repeated examination is carried out without set time limits.

As it became clear, this re-examination is related to the identification of people who obtained a disability registration illegally and entitled to an extremely high disability pensions. However, the concern of civil society is that due to a possible abuse of authority by some officials, the disability recognition might be removed from those who are really disabled, leading to a loss of pension, which often is the only source of income for this group.

Furthermore, the re-examination of all PWDs causes additional material damage to these persons and leads to additional expenses, such as lab tests and examinations with various doctors. Although the law guarantees PWDs the provision of medical care, free of charge or at beneficial rates in state medical and social institutions, in actual fact they often have to pay for analyses, examinations and other types of medical care.

According to the RT Minister of Health N. Salimov, these actions provide an opportunity to reveal pseudo-disabled people. According to the minister, pseudo-disabled people are receiving large pensions at the expense of people who are really disabled and are in more serious need of pensions and benefits. The minister also noted that during the re-examination many cases surfaced where PWDs were abusing their situation. As an example, the minister cited the case of one Chernobyl disaster victim, who registered all his 11 children as disabled and received more than 1,000 Somoni monthly. The results of the re-examination showed that all his children were healthy.

"PWDs with an obvious disability are re-examined, not to cancel the disability benefit, on the contrary, it is done to check their health conditions and to take the needed steps to improve their condition and start treatment," the Minister emphasized.

The Minister of Health also noted that the ministry conducts a lot of activities aimed at improving the situation of PWDs, for example, providing prosthetics and treatment for cardiac diseases. "The re-examinations are just one of the measures aimed at improving the situation, and at protecting the rights and interests of PWDs." Representatives

of the Ministry of Health specified that this campaign was not aimed at re-examining the disabled, but was rather just a medical examination.⁶

Mobile consultations⁷

From March to May 2012 two project lawyers carried out trips to pilot districts in order to provide legal consultations to PWDs and parents of CWDs. The pilot districts were: Ganchi, Isfara, Bobojon Gafurov districts and the consultations were also provided in Khujand city.

The lawyers provided 71 legal consultations to 63 PWDs and parents of CWDs on different legal matters, 54 women and 9 men. Nine legal documents were prepared.

Table 1. Number of complaints by districts

	Month	Isfara	Ganchi	Gafurov	Khujand	Asht
1.	March	23 complaints	11 complaints	5 complaints	1 complaint	
2.	April	10 complaints	6 complaints			
3.	May			2 complaints	1 complaint	1 complaint
4.	June		1 complaint	1 complaint	1 complaint	
5.	Total	33	18	8	3	1

Often consultations were provided on the implementation of the rights and benefits of PWDs and CWDs in terms of land plot allocation and procedures to address government institutions. It should be pointed out that the Law on Social Protection of PWDs has shortcomings, resulting in the failure to implement several regulations, such as those in articles 15 and 29 for example.

Articles 11 to 31 of the law establishes rights and benefits of PWDs on paper. However, it can be said that, apart from the provisions envisaged in the articles 30 and 31 of this law, all other provisions are

⁶Source:<http://news.tj/ru/news/minzdrav-tadzhikistana-i-pravozashchitniki-obsudili-yoprosy-meditsinskogo-osvidetelstvovaniya-i>.

⁷ Information from the reports provided by project lawyers carrying out mobile consultations.

not implemented. Furthermore, the benefits for free of charge transportation are not provided to all PWDs.

A resident of Bobojon Gafurov district asked lawyer for a consultation about getting a pension for her daughter-in-law. The inquiry concerned a woman who was completely occupied taking care of her disabled child and who could therefore not continue working at a school. According to the RT Law on Pensions, the persons taking care of disabled people belonging to group I, or a child with a disability under 18 years, are entitled to a retirement pension. However, the law does not establish a provision for paying a pension in cases when one of the parents or other persons is taking care of a CWD. The matter is even more complicated for persons who have never worked before and have no length of service for purpose of calculating the pension amount.

Special attention will be paid to the fact that when PWDs turn to government institutions to discuss a medical social exam, or other issues such as land plot allocation, or improvements in living conditions, in most of the cases their appeals are not reviewed. Attempts to appeal in person during official days for consultations were not taken up and reviewed by officials concerned, or were simply ignored. Similarly, the mobile consultations revealed that the rights and benefits of PWDs were rarely implemented.

Sometimes the reasons provided by government bodies for refusing to solve PWD issues were unreasonable:

For example, Malika, a PWD from group I, lives in an home for the visually impaired in Isfara. She told us that about 10 years ago she addressed the Khukumat with a request to allocate her a land plot. In 2010, she again addressed the Khukumat and was told that land plots are not allocated to women. Afterwards, she was asked to address her petition again, on behalf of her husband and to provide all necessary documents. Together with her husband (both are group I PWDs, live in orphanage home for the visually impaired) prepared a new statement on behalf of the husband, collected all the necessary documents within several days. While submitting the documents to the Khukumat they were told that they should return when their son was married. A Khukumat official provided all the answers orally. Malika cannot see and thus doesn't know who provided the answers, nor does she remember the official's name. The lawyer also discovered that Malika does not know whether their statements were officially registered.

Lawyers noted that PWDs are strongly dependent on the assistance provided by their relatives and other people, due to the lack of wheelchairs, ramps and other devices for independent movement. PWDs and parents of CWDs expect charitable aid from the government (food, clothes). A general lack of knowledge on legal entitlements to which PWDs and CWDs are entitled prevails, for example benefits such as medical care on a free or preferential basis, sanatorium treatment, right to education, job security and vocational training, unhindered access to social infrastructure and vehicles, social security, etc.

All clients who requested help, regarding benefits related to purchasing medicines and treatment in hospitals, reported that often when asking for help to cover the costs of medicines in hospitals they are told that this issue is settled by the Department of Social Welfare. Later, when turning to the latter, PWDs were referred back to doctors, while the issue remained unresolved. In the end, they had to pay for medicines. Often hospital subsidies means that they only have to pay 50% of the price for treatments.

When working with PWDs in Isfara and Bobojon Gafurov districts, our researchers noticed that the PWDs were more proactive in appealing to government institutions to resolve various issues.

It is evident that PWDs and members of their families are not ready to protect their rights. The main reason is the lack of legal knowledge, lack of communication skills with government institutions and a lack of knowledge about the mechanisms that exist to protect their rights.

For example a lawyer spoke several times with the mother of a PWD on preparing an appeal to get a wheelchair. The lawyer had communicated with the son over the phone. The son was very glad for the assistance, but since he couldn't move, he had to wait for his mother to help, but she was passive when dealing with such issues.

As to the Individual Rehabilitation Program (IMP) for PWDs and CWDs, when lawyers asked about whether their clients had been part of this program, they were told that no one had taken part.

Monitoring

Monitoring was carried out in Isfara, Ganchi, and Gafurov districts and in Khujand city of Sughd province. A second monitoring phase covered the following issues: the rights of PWDs and CWDs to social security, access to medical services and the rights of CWDs to a

secondary education. A total of 483 people were interviewed during the monitoring. The groups interviewed were as follows:

- 279 PWDs: 178 women and 101 men, aged from 18 to 84.
- 179 parents of CWDs: 155 women and 24 men. The interviewed parents had 101 boys and 78 girls. The children ranged from 5 to 17 years.
- 25 employees of medical facilities.

The results of the second phase of monitoring revealed that almost all interviewed PWDs are covered by pension provisions and receive pensions ranging from 45 to 450 Somoni. Almost all parents of CWDs receive social benefits for their children. The average amount of pension and social benefits is around 100-120 Somoni.

Nearly 80% of PWDs and parents of CWDs are not satisfied by the amounts of their pensions and benefits since they do not cover costs for food, treatment and other needs.

The vast majority of the interviewees (91%) had never been to a sanatorium for treatment. According to the Law on Social Security, the IRP was developed for PWDs to ensure their rehabilitation and employment. The IRP is an important mechanism of a PWD's rehabilitation and reintegration into the mainstream of society. A separate IRP has to be developed for every adult PWD.

Almost none of the PWD interviewees had undergone an IRP and most of them were hearing about the IRP for the first time during the interview. The majority of parents of CWDs also said they were hearing about this programme for the first time and that their children had never received IRP treatment.

The benefits provided under the law for this category of people are similarly not implemented in full. For example, PWDs and parents of CWDs face serious difficulties when receiving free medicines and treatment.

Ninety per cent of CWDs interviewed answered that they do not receive enough free medicines for their treatment so they buy additional medicines. The majority of parents of CWDs (87%) said they did not receive free medicines for their children. Some people answered that cheap ineffective medicines were provided free of charge.

As to medical services, the majority of respondents were satisfied with the quality of medical services rendered for any disability, only 10% of respondents were dissatisfied considering the treatment inefficient. Again they highlighted the lack of medicines.

The majority of respondents, who had undergone treatment due to a disability, said that the attitude of medical staff was good.

But the majority of PWDs and parents of CWDs had to make informal payments for medical services providers (consultations of doctors, lab tests, procedures).

More than half of children (59%) attend educational institutions; the majority attend a secondary school (56%), while others attend specialized boarding schools. The majority of the parents interviewed (90%) whose children were in secondary school, said that they had not faced problems when having their children admitted to school. Only 10% said school administrators had refused to enrol their child.

The majority of interviewed parents noted that the attitude of staff in educational facilities is good. Out of 179 children, 22% were not enrolled in the educational system (do not attend schools, boarding schools and do not get in home schooling). The reason, as explained by parents, is the serious retardation of their children and some parents do not want anyone to come to their homes to teach their children.

III. METHODOLOGY

The second phase of the project covered the following spheres:

- Social security for PWDs
- Right to school education for children with disabilities (CWDs)
- Rights of PWDs and CWDs to medical services.
- A methodology and monitoring programme to ensure the effective implementation of the project's objectives were developed. The following methods were selected for monitoring:
- Analysis of the national legislation and its compliance with international standards in the field of protection of rights of PWDs.
- Semi-structured and structured interviews.
- Focal groups.
- Analysis of the mass media and available statistical data.

For monitoring purposes the analysis of the compatibility of national legislation with international human rights standards ratified by the RT was carried out. Despite the fact that at the moment Tajikistan is not a State Party to the Convention on Rights of PWDs it was decided to analyze its compatibility with national legislation. The rights of PWDs to labour was not reviewed during the second phase of the monitoring. Nevertheless, the RT Labour Code and other regulations were also analyzed.

To obtain available statistical data, letters of request were prepared and submitted to the Department on Social Protection, the main office of the State Agency for Social Protection, Employment and Migration and the Department on Education of Sughd province. A request was sent to SM-1 TV (which broadcasts on the territory of Sughd province) to provide several video clips related to PWDs and CWDs, which files were received.

Questionnaires were designed for the following focus groups:

- PWDs
- Parent of CWDs
- Heads of educational facilities
- Heads and personnel of medical facilities
- Heads of departments of education

In order to test the designed tool kit a pilot was conducted. During the pilot survey the questionnaires were adapted. During the first phase of monitoring, a group had problems with interviewing heads of preschool facilities as they refused to participate in the interviews without the Department of Education's permission. The project coordinator then sent a letter with this request to the Department of Education of the Khujand Executive Local Government. However, their response was to consult the RT Ministry of Education. Nevertheless, the Office of Human Rights and Rule of Law's request to the Ministry of Education was unanswered.

One of the interviewers asked the Department of Education of Sughd province to interview its head, but was refused on the grounds that the RT Ministry of Education had to give such permission. The interviewer was informed that it was forbidden to carry out surveys among district and city heads of the Department of Education in Sughd province.

Table 2. Sampling and general information on monitoring

	Respondents	Khujand	Isfara	Ganchi	Gafurov	Male	Female	Total number
1.	PWDs	68	89	54	68	101	178	279
2.	Parents of CWDs	46	40	45	48	155	24	179
3.	Medical personnel	7	6	6	6			25

PWDs

In Khujand city, Isfara, Ganchi and Bobojon Gafurov districts, a total 279 PWDs were interviewed, 178 women and 101 men, between the ages of 18 and 84. The majority of interviewed PWDs belonged to disability group II (63%),⁸ and over half were women. Another 27% of PWDs belonged to group 1, of whom over half were women; and 6% of

⁸ All the figures are rounded out to the nearest numeric, margin of error is between 0.1 and 0.5%.

all interviewed belonged to group III, of whom over half were men; the remaining 4% did not register their disability.

Table 3: Results of interviews with PWDs concerning their disability group

Disability group	Women	Men	Total
I	49	26	75
II	115	60	175
III	2	5	7

The reasons for disabilities are as follows in order of importance: diseases of the supporting and motor apparatus – 33% (31% were women, 37% – men); visual disability – 24% (twice as many women as men); ICP – 18% (majority of women); hearing and speaking disabilities– 9% (mainly women). Furthermore, 19% of interviewees had other diagnosis, such as schizophrenia, lymphatic disorders, diabetes, cancer and cardiac disease.

Parents of CWDs

A total of 179 parents of CWDs were interviewed, 155 women and 24 men. Their children totalled 101 boys and 78 girls with an age range between and 17. Most of the interviewed parents (66%) were raising a CWD in a regular family setting, 18% were raising children alone – these were mainly women, – and 11% were raising their children with grandparents (the majority in this group were also women). Forty-seven percent (84 persons) had problems with supporting and motor apparatus, 28% had hearing– and speech impairments, 20% were visually impaired, 5% had other problems (mental disability, Down syndrome, epilepsy, autism, etc).

Medical staff

In total 25 representatives of medical facilities were interviewed in Khujand city, Bobojon Gafurov, Ganchi and Isfara districts. They worked as family doctors, paediatricians, child surgeons, therapists, neurologists, the heads of traumatology departments, family health care staff, managers and deputy managers of district hospitals.

All interviewees work in government medical facilities. Out of all the people interviewed in Khujand three were working in the Health Care Centre No. 1, one in the Health Care Centre No. 2, one in the State Clinic Hospital No. 1, one in a traumatology centre and one in a shelter for homeless people.

All interviewees from Bobojon Gafurov district worked in the District Clinic Hospital. Out of all interviewed in Ganchi district, three worked in the Central District Hospital, two in the Health Care Centre for adults and one in the Health Care Centre for children. Four people interviewed in Isfara worked in polyclinics and two in the Central District Hospital.

IV. ANALYSIS OF THE LEGISLATION

RIGHTS OF CWDS TO A SECONDARY EDUCATION

Four decades of work aimed at improving the conditions for CWDS proved that there is not such thing as good public institutionalization.⁹

In line with article 41 of the RT Constitution: “Everyone has the right to an education. A basic general education is compulsory. The state guarantees a free secondary education in public educational establishments. Everyone shall receive a free primary and secondary education, as well as free vocational and higher education in public educational establishments, within the framework determined by the law. The law shall also determine other forms of education.”

International standards

Guarantees of PWDs to education are established in various international legal acts, which include the Convention on the Rights of PWDs (Article 24), the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights (Article 13), the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (Article 7), the Convention on the Elimination of Discrimination against Women (Article 10) and the Convention on the Rights of Children (Article 23). One should also mention that the RT is a State Party to all the above mentioned human rights treaties, except for the Convention on the Rights of PWDs.

In line with the provisions of the Convention on the Rights of PWDs, states shall provide an inclusive¹⁰ education at all levels and lifelong education in order to promote the personal development, talents and creativity of PWDs, as well as their mental and physical capacities to the maximum extent. The state should also provide PWDs with the opportunity to participate in the life of free society and to promote their human development, dignity and self respect, within the framework of promoting and respecting human rights.

⁹ Professor Gunnar Dibvad, founder of the movement for integration of children into society, parental safeguards and protection of PWDs.

¹⁰ Accessible education for all, in particular PWDs

Providing comments on Article 24 of the Convention on the Rights of PWD, the UN Office of the High Commissioner for Human Rights indicated the following: “The Convention recognizes the right of PWDs to an education. To this end, State parties must ensure an inclusive education system at all levels and life-long learning. Learners with disabilities therefore have a right not to be excluded from the general education system on the basis of a disability and to reasonable accommodation for the individual learner’s needs. This not only means that learners have a right to attend mainstream schools and not be relegated to segregated schools, it also means that the special education needs of PWDs must be taken into account in the general education system. This goes beyond grouping all learners together in one classroom to ensuring the provision of effective individualized support that maximizes academic and social development.”¹¹

In line with international standards PWDs will not be excluded from the general education system due to their disability, including children, who will not be excluded from the system of primary or secondary education. To ensure this they need access to inclusive quality and free of charge primary and secondary education at the place of residence. Besides secondary schooling, vocational training, adult education and lifelong learning without any discrimination should also be provided according to the same standard as to the rest of the population. To this end, States parties should take appropriate measures, including facilitating the learning of Braille, alternative script, augmentative and alternative modes, means and formats of communication, orientation and mobility skills; employ teachers qualified in sign language and Braille, including teachers with disabilities, train professionals and staff working at all levels of the education system. Such trainings shall incorporate disability awareness and the use of appropriate modes, means and formats of communication, educational techniques and materials to support PWDs.¹²

Detailed instructions on ensuring the right to education of PWDs are provided in UN Standard Rules on Providing Equal Opportunities to People with Disabilities.¹³ The Standard Rules state that edu-

¹¹ International Convention on the Rights of PWDs and its Optional Protocol/Report of UNOHCHR, Implementation of recommendations provided in the research on human rights of PWDs, UN General Assembly. A/HRC/4/75. II. 36.

¹² UN Convention on the Rights of PWDs, article 24.

¹³ United Nations Standard Rules on Providing Equal Opportunities to People with Disabilities, Rule 6, A/RES/48/96, UN Resolution, adopted by the General Assembly at its 48th session, 1993.

cation is compulsory and has to be provided equally to children of both genders, regardless of their form or level of disability, including the most complicated forms. It states that particular attention shall be paid to the following persons:

- Disabled children of a very young age
- Preschool age CWDs
- Adult PWDs, in particular women.

Furthermore, there are implicit provisions on the following matters:

- Policy and organization in the field of education for PWDs
- Inclusive education
- Special education
- Availability of interpreters and additional services
- Opportunity to acquire social skills
- Training of personnel and implementation of special approaches to teaching persons with disabilities
- Access to higher and vocational education.

The Convention on the Elimination of Discrimination in the field of Education promotes equal opportunities and equal treatment to all in this sphere. 14

In January 2010 the UN Committee on the Rights of the Child provided a set of recommendations after reviewing the National Report of the Republic of Tajikistan on the status of the implementation of the Convention in question.¹⁵ The report noted that: “The Committee regrets that the institutionalization of CWDs remains a common practice in Tajikistan. It welcomes the establishment of the experts group that has analyzed the situation of children with disabilities, but it regrets that the state institutions for CWDs do not provide quality education, rehabilitation services and development of necessary skills. It also notes poor conditions in such institutions, as well as limited inclusion policies for CWDs.”

The World Declaration on Education for All (Framework of Action to Meet Basic Learning Needs)¹⁶ sets forth the need to ensure “equal access to education for all categories of PWDs as an essential part of the system of education.”

¹⁴ Adopted by UNESCO on 14 December 1960.

¹⁵ Available at: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/co/CRC-C-TJK-CO-2_eng.pdf

¹⁶ Adopted during the World Conference on Education for All, Jomtien (Thailand) on 5-9 March 1990

The Dakar Framework for Action. In 2000 during the World Forum on Education in Dakar a Framework for Action was created with implementable and accessible targets in the field of education, including the following: by 2015 all school children have to be provided with more opportunities and access to free of charge free of charge education; gender inequality in the field of education should be eliminated, and the overall quality of educational should improve.

UNESCO has initiated a global movement, called “Education for All,” which is aimed at satisfying all the educational needs of all children, adolescents and adults by 2015. The ultimate objective of UNESCO is to have inclusive education, which is regarded as a means to ensure a quality education for all and ensure social integration. UNESCO has developed and implemented the following program documents and agreements:

- **Recommendations on inclusive education: access to education for all 2005)**
- **Guiding principles for policies in the field of inclusive education (2009)**
- **Salamanca Statement on Principles, Policy and Practice in Special Needs Education (1994).**

The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education was adopted during the World Conference on Education for People with Special Needs on 7-10 June, 1994. The declaration asserts that:

- Every child has a fundamental right to education and must be given the opportunity to achieve and maintain an acceptable level of learning;
- Every child has unique characteristics, interests, abilities and learning needs;
- Education systems should be designed and educational programs implemented to take into account the wide diversity of these characteristics and needs;
- Those with special educational needs must have access to regular schools which should accommodate them within a children’s pedagogical centre capable of providing these needs;
- Secondary schools with this inclusive orientation are the most effective mediums for combating discriminatory attitudes and creating welcoming communities.

During the **48th International UNESCO Conference on Education** (Geneva, 2008) 116 countries provided National Reports on Educa-

tion. On the basis of the reports given in terms of countries reaching the Millennium Development Goals, it was obvious that it had become impossible to achieve them by using traditional educational mechanisms and therefore new solutions were required. On a national level three strategic directions needed to be covered: infrastructure, curriculum and support training for teachers and students. There are also other important factors, which impact each direction, namely funding and the level of technical development. All legislative changes should be carried out in parallel with a monitoring system, which would subsequently permit an effective assessment as to whether the envisaged goals were being achieved in the course of implementation of reforms and what measures needed to be taken in the future.

National Legislation

The rights of PWDs to education are established in numerous RT laws, which include the RT Law on Education, the RT Law on Social Protection of PWDs, the RT Law on Higher and Postgraduate Vocational Education and the RT Law on Primary Vocational Education.

According to the RT Law on Education, citizens of Tajikistan are guaranteed the right to education and any constraint on the right to vocational training happens only in line with the requirements set forth by RT legislation.¹⁷ Special education shall be provided to children in need of social rehabilitation, long-term treatments or with physical or mental disabilities.

To that end secondary sanatorium schools, sanatorium boarding schools, sanatorium children homes are established. Special secondary and boarding schools and special classes are established for children and teenagers with physical and mental disabilities who do not have possibility to study at secondary schools. Such schools are providing children and teenagers with disabilities an education and training, treatment, medical, social rehabilitation and they prepare them for social activities and work. Specialized education is provided in line with the curriculum, programs and modern educational technologies developed depending on the form and degree of their disability. The education and training of children and teenagers in special educational institutions is free.¹⁸ Students of government specialized educational institutions are on full government stipends.¹⁹

¹⁷ RT Law on Education, Article 6.

¹⁸ *Ibid.*, Article 23.

¹⁹ Also RT Law on Primary Vocational Education, Article 23.

According to the RT Law on Social Protection of PWDs, PWDs are guaranteed with special conditions to acquire an education and vocational training. Furthermore, the state provides free of charge preschool, primary, secondary, vocational training, higher and post graduate education in government educational facilities, both of general and special categories, according to the IRP (Individual Rehabilitation Program).

Preschool and out-of-school education²⁰

The necessary conditions are established in preschools for admission of CWDs. Special preschool centres have been established for CWDs who cannot attend preschools. Education departments and other government institutions are obliged to provide accessible out-of-school education to CWDs, establishing to this end all necessary conditions for comprehensive and appropriate development of CWDs. This includes stimulating their interest for public activities, work, and teaching them science, technology and sport.

Secondary Education for CWDs²¹

CWDs get a secondary education in schools equipped with the necessary special technical devices. When it is not possible to give CWDs an educational and upbringing in secondary schools, with the parents' consensus or that of the guardian, education can be provided at home. In such cases the school itself helps by providing home schooling to CWDs.

Vocational training for PWDs

Vocational education for PWDs is carried out in general education establishments. Various specialized vocational facilities have been created for the disabled.

PWDs from groups I and II entitled to receive an education at all levels of the school and university system are accepted to such establishments as per the rules established by the government.²²

Vocational trainings and vocational education for PWDs in specialized vocational educational facilities for PWDs is carried out in line with the state educational standards and based on the adapted curriculum for PWDs.

²⁰ RT Law on Social Protection of PWDs, articles 17, 18 and 21.

²¹ Ibid., Articles 19, 20, 23.

²² Ibid., article 23, RT Law on Higher and Post Graduate Professional Education.

The National Concept of Inclusive Education for CWDs in the RT was adopted for 2011-2015 and approved by a government resolution No. 228, on 30 April 2011.

In accordance with the data provided in the Concept, there are 7 preschool facilities functioning in Tajikistan for CWDs, which cover 730 children. There are 84 boarding schools in Tajikistan, of which 18 are mixed boarding schools, 13 are schools for CWDs and the remaining 5 are for the treatment of children with TB. There are 8,971 children (543 girls) in these schools, out of whom 1,895 are CWDs.

CWDs are generally educated in special facilities (for hearing-, speech- or visually- impaired children, children suffering from mental disorders, children with problems of supporting and motor apparatus and retarded children). The inclusion of children with disabilities into the general school environment is implemented in an ad hoc fashion in Tajikistan, on an individual basis, not in a systematic manner.

Article 24 of the Law on Health Protection, adopted in 1997, states that children with physical or psychological developmental problems, with the consent of parents, are entitled to medical and social support in specialized children facilities, boarding schools and orphanages at government expense. In other words, the law actually supports the institutionalization of CWDs in specialized institutions.

The National Program on Development of Education for 2010-2015, approved by the government resolution No.254 on 29 April 2009 states PWDs will receive stipends to receive higher vocational education. It also underscores the need for improving the level of personnel in higher vocational training facilities.

The National Program on Construction, Renovation and Reconstruction of Schools for 2008-2015 -- located in private houses, railway compartments, administrative buildings and public places,-- was approved by government resolution no. 436 on 27 August 2008. One of the outcomes of the Program implementation will focus on enhancing technical conditions in secondary schools. The necessary conditions for a quality and competitive education are to be created, a shift to compulsory secondary education will take place, and the overall improvement in educational conditions will add value to the national quality of education.

As a result of this plan, 136 schools are to be relocated from private houses, 101 schools from railway compartments. Additionally, 284 schools new schools will be constructed to replace schools in deplorable condition; 208 schools will undergo capital renovation; 75 current-

ly under construction will be ready. At the same time, the program does not specify whether CWDs will have access to secondary schools.

Analysis of the compatibility of national laws with international standards in the field of preschool education for CWDs.

In general, CWDs are less likely to have lower grades than the rest of the children. It is important to note that completion gaps are found across all age groups in both low-income and high-income countries, with the pattern more pronounced in poorer countries.²³

The UN Millennium Development Goals indicate that by 2015 all children will have access to primary education and will be able to finish their schooling. In all countries in the world CWDs and members of their families still face discrimination, and do not enjoy the full implementation of their basic rights. The integration of CWDs with the community is a matter of social justice and, if realized, represents a significant contribution to the future of the society. It is grounded not in the idea of charity or good will, but rather is a quintessential part of the implementation of universal human rights.

According to the World Health Organization (WHO) around 10% of the world's children and youth, some 200 million, have sensorial, intellectual or mental health impairments. Around 80% of them live in developing countries. Statistics such as these demonstrate that to be born with, or acquire impairment, is far from unusual or abnormal.²⁴

The number of children under 16 years included in this category ranges between 140-165 million people. Of this number, 62 mn are preschool-age children. In order to get an education, they have to overcome numerous barriers, which in the long term, become the reason why the attendance and graduation levels for children from this group are much lower than that of their peers. One-third of 75 million children in the world, who do not attend school, are CWDs. In general, the number of CWDs who are not getting primary education is estimated to be 186 mn people.

The lack of inclusion to educational system is a much more serious problem for PWDs in developing countries, where 97% cannot read and write.²⁵ In this country 90% of CWDs do not attend school.

²³ World Disability Report, World Health Organization/World Bank Report, 2011.

²⁴ "Promoting the Rights of CWDs", Innocenti Digest № 13, UNICEF INNOCENTI Research Centre, 2008.

²⁵ "Analytical note: "IT for Inclusive Education," UNESCO Institute on IT technologies in the sphere of education, October 2010.

In many countries widespread underestimation of the abilities and potentials of CWDs, exists, which only creates a vicious cycle of under-expectation, underachievement and low priority in the allocation of resources.²⁶

Early childhood development interventions and informal education play a critical role in promoting children's development and in preparing them for adult life. It raises children's awareness of their rights and helps them overcome prejudice and discrimination. Through education children acquire the skills necessary to reach their full potential, both as individuals and as citizens, becoming active participants in their societies. Education offers one of the most effective means to break the cycle of poverty that all too often overtakes CWDs and their families. Education can also prepare other children and the surrounding community to promote inclusion, receptiveness and support of such children.

Inclusion is not the same as 'integration,' which implies bringing CWDs into a 'normal' mainstream, or helping them to adapt to 'normal' standards. For example, in the context of schooling integration means the placement of CWDs in regular schools without the necessity of making any adjustments to the school's organization, or its teaching methods. Inclusion, on the other hand, requires that schools adapt and provide the needed support to ensure that all children can work and learn together.²⁷

However, it has become widely accepted that institutional care for children whose needs cannot be met within their own family is highly detrimental to their well being and their development. Institutionalization often means that children are cut off from their families and the life in their communities. Research has demonstrated that children often experience developmental delays and potentially irreversible psychological damage by growing up in such environments. Even in a well staffed institution, a child rarely gets the amount of attention he or she would receive from their own parents and families, or from substitute caregiver families in the community. Moreover, children in these settings are denied the benefit modelling themselves on other children, which is critical for learning.²⁸

²⁶ Op.cit., Innocenti Digest, № 13

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

It is an established fact that special housing for PWDs are accountable for the lack of independence of PWDs, causing their isolation from society and other human rights violations.²⁹

School programs in many countries today recognize that PWDs can best be educated within the general education system. Thus, the Standard Rules provide that "States should recognize the principle of equal primary, secondary and tertiary educational opportunities for children, youth and adults with disabilities, in integrated settings." In order to implement such a policy, governments should ensure that teachers are trained to educate CWDs in regular schools, and that the necessary equipment and support are available to bring PWDs up to the same level of education as their non-disabled peers. In the case of deaf children, for example, sign language should be recognized as a separate language to which the children should have access and whose importance should be acknowledged in their overall social environment.³⁰

Policy design does not always take into account the needs of PWDs, or existing policies and standards are simply not enforced. For example, a review of 28 countries participating in the Education for All - - Fast Track Initiative Partnership regarding inclusive education policies found that 18 countries either provided very little detail of their proposed strategies to include CWDs in schools, or made no reference to disability or inclusion at all. The common gaps in educational policies included a lack of financial support for CWDs to attend school, and lack of social protection and support services for CWDs and their families.³¹

On the basis of the data collected from industrialized countries and from decades of its own research and medical practices, the European Academy of Childhood Disability (EACD) considers a disabled children rate of at least 2.5% to be the 'norm' (with 1 per cent having serious conditions). The report considers this a benchmark against which rates reported by CEE and CIS countries can be compared. If the reported rates are significantly higher, it may indicate that more attention needs to be paid to public health issues such as infectious diseases, accidents and traumatic injuries, malnutrition, maternal, prenatal and neonatal health. If prevalence rates are significantly lower, it may indicate that moderate and severe disabilities are under recognized, and/or that there is high mortality in-uterus, around birth or early in life deaths that are not captured in disability registers. In this

²⁹ World Disability Report, 2011.

³⁰ General Comment № 5 - People with Disabilities, 1994.

³¹ World Disability Report, 2011.

context, EACD considers that an additional 8% of the child population has learning or behavioural disorders. This makes the over all share of children with disabilities and special needs in any given population about 10%. These benchmarks are kept in accordance to the data collected from industrialized countries.

Tajikistan reports that many parents place their children in boarding schools because they do not have the time or resources to help their disabled child with their studies, and believe they will be better off in boarding schools. Others count on public institutions to provide their children with food and clothing. According to a study conducted by a group of NGOs in Tajikistan, 62% of parents whose children are in institutions agreed that as soon as the family's financial situation improved, they would bring their child back home.³²

In a 2002 country report Tajikistan states that family attitudes themselves can be prejudicial. Families may treat CWDs with 'exaggerated concern' which is itself limiting or with an attitude that 'well, it pleases to God so let God take care of them', or they may be 'totally neglected'. The report also points out that families may not only lack information about available services, but also lack knowledge about their needs and potentials.³³

In October 2006 the Office of the UN Special Rapporteur on Disability published the results of a Global Survey on Government Action on the Implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for PWDs, conducted by the South-North Centre for Dialogue and Development, based in Amman, Jordan. A detailed questionnaire was sent to 191 governmental bodies in member States and to two organizations representing PWDs in each country. Feedback information was received from 114 countries.

The study concluded that although some progress had been made in recognizing the rights of PWDs, "there are more good intentions worldwide that are not necessarily backed by strong political will." (p.12). It was found, for example that 30 countries reported having failed to take measures to enable CWDs to receive an education in integrated settings. In 37 countries education is not available to low-PWDs or to WWDs. At the same time, 84 countries reported relevant changes to the training of teachers, and increasing numbers are adopting policies and passing legislation to promote the access of CWDs to education.³⁴

³² Children and Disability in Transition.

³³ Tajikistan 2002 Country Report part of papers of Children and Disability in Transition.

³⁴ Innocenti Digest № 13.

All children have to be included into educational and social activities at schools and in the live of their communities from a very early age. The objective of inclusive schools is to build up a satisfactory system that meets the needs of everyone. All children, not only CWDs, are provided with the adequate support that will allow them to achieve success, feel secure and value the time spent in the group. Inclusive schools are aimed at different educational achievements than those pursued by regular education. The objective of this school is to provide all students with the opportunity of fully fledged social life, more active participation in local communities; thus ensuring full interaction, mutual help between members of the community. All members of the school group are linked together and students interact with each other during the educational process and develop the skills to make joint decisions related to the dynamics in the classroom.

Teachers with experience of working on the principles of inclusive education developed the following methods of inclusion:

1. Recognize students with disabilities "as every other child in the classroom"
2. Involve them in similar types of activities, although tasks should be different
3. Involve students in collective modes of learning and group problem solving exercises
4. Use other strategies of collective participation – games, joint project, lab and field research, et al.

Inclusive educational communities are very often re-shaping the role of the teacher who is more involved in with students, interacting with them in different ways and becoming more active in terms of engaging them with the community outside school.

Serious attention has been paid to the issues of education of children in Tajikistan in recent years. However, the specific issues related to the education of CWDs have not been reflected in the national legislation, and there is no clear implementation mechanism for the legislation regulating the education of CWDs.

The RT Law on Social Protection of PWDs guarantees an inclusive education for CWDs, allowing such a child to attend preschool, primary and secondary schools where special conditions are to be established for such children in line with the provisions established in international standards.

To implement this provision of the law and in order to implement the Poverty Reduction Strategy in Tajikistan for 2007-2009, the

government adopted the National Concept of Inclusive Education for CWDs for 2011-2015.

Nevertheless, the concept of “specialized” education is still applied in Tajikistan under which a CWD is educated in a specialized facility. The RT Law on Education also establishes preferences for specialized education of CWDs.

As noted in the Concept of Inclusive Education for CWDs, the policy of including such children into the educational environment is implemented in an ad hoc manner in Tajikistan on the basis of individual cases, without any systemic approach. Similarly, the Concept indicates that “the lack of readiness of society in general to accept inclusive education is a serious barrier to its introduction. Insufficient attention is “being paid to children with physical ailments”. In this regard, “society’s lack of preparedness” is often used as an excuse for non-action by the government.

The results of the second monitoring phase and the interviews with parents of CWDs, who attend general education facilities, indicate that children and parents have a positive attitude to CWDs. The “lack of readiness” is mainly related to a lack of qualified personnel, technical equipment and the required manuals.

Education of CWD at home is carried out by regular teachers, who do not have any special knowledge or skills to work with CWDs, as there are no special programs aimed at educating CWDs in Tajikistan. Their education requires an individual approach to each category of CWD in line with the individual peculiarities of each child. There are no training programs available for specialists or manuals on how to work with CWDs.

Regarding improvements in legislation and practices in the field of implementing the rights of PWDs and CWDs, the Concept on Inclusive Education envisages the creation of a coordination platform for the interaction between state and non-state structures that provide inclusive education services. However, insufficient attention has been paid to cooperation with PWD organizations.

The RT Law on Social Security for PWDs urges government bodies to get involved in public organizations and associations for PWDs in the process of developing and adopting decisions affecting their interests. For that reason specific attention is to be paid to the need of a wider range of consultations with PWD organizations, taking into account their opinions and recommendations when shaping and implementing policies related to PWD rights. This would help realize one

of the main slogans of the Convention on the Rights of PWDs: “Nothing about us without us!”

THE RIGHT OF PWDS TO WORK

International standards

As per international standards everyone has a right to labour, free selection of employment, just and favourable working conditions and protection against unemployment. PWDs have a right to preserve their job or to be engaged in useful, productive, remunerated activities and become members of professional organizations.

Thus every person, including the disabled, has the right to fair and favourable working conditions including:

- Remuneration provided to all workers
- Fair wages and equal remuneration for work of equal value without distinction of any kind.
- In particular women, must be guaranteed work conditions not inferior to those enjoyed by men, with equal pay for equal work
- A decent living for themselves and their families
- Safe and healthy working conditions
- Equal opportunity for everyone to be promoted in his/her employment to an appropriate higher level, subject to no considerations other than those of seniority and competence
- Rest, leisure and reasonable working hours and periodic holidays with pay, as well as remuneration for public holidays.³⁵

International standards provide the right of PWDs to work to the same extent as other people. This includes the right to earn a living, freely chosen by the PWD, or agreed to, in an open, inclusive and accessible labour market for PWDs. To that end, governments are obliged to undertake a range of measures aimed at implementing this right.

PWDs are entitled to protection from discrimination and exploitation in several international documents.³⁶ In this regard the Committee on Economic, Social and Cultural Rights reminds us of the non-discrimination principle regarding access to employment by a PWD. This was established in the General Comment No. 5 (1994) on PWDs:

³⁵ ICESCR, Articles 6 and 7

³⁶ Declaration on the Rights of PWDs (p 10), ICCPR, Article 26 and Convention on the Rights of PWDs, Article 4 and 5.

"The right of everyone to the opportunity to earn a living by working in a job freely chosen or accepted." This is not accomplished when the only real opportunity open to disabled workers is to work in so-called "sheltered" facilities in substandard conditions."

State parties have to undertake measures allowing PWDs to find and maintain suitable jobs, ensuring their career development, thus promoting their social integration or reintegration. As previously noted by the Committee (General Comments No. 3, fifth session (1990), para. 12), the duty of a member state is to protect vulnerable members of society, especially during any rapid decrease of available resources.

Given Governments' increasing commitment around the world to market-based policies, certain aspects of States' obligations should be noted. First, both the public and private spheres, within appropriate limits, need to be regulated to ensure the equitable treatment of PWDs. When arrangements for the provision of public services are privatized, it is essential that private employers, private suppliers of goods and services and other non-public entities adopt non-discrimination practices towards PWDs.

In circumstances where such protection does not extend beyond the public domain, the ability of a PWD to participate in the mainstream of community activities and to reach their full potential as active members of society will be severely and often arbitrarily constrained. This does not imply that legislative measures will always be the most effective means of seeking to eliminate discrimination within the private sphere. Thus, for example, the Standard Rules place particular emphasis on the need for States to "take action to raise awareness in society about PWDs, their rights, their needs, their potential and their contributions to society."

In the absence of governmental intervention, instances will always occur in which the operation of the free market will produce unsatisfactory results for PWDs, either individually or as a group. In such circumstances Governments must step in and take appropriate measures to temper, complement, compensate or override the results produced by market forces. Similarly, while it is appropriate for Governments to rely on private, voluntary groups to assist PWDs in various ways, such arrangements can never absolve Governments from their duty to ensure full compliance with their obligations under the Covenant. As the World Program of Action Concerning Disabled Persons states: "The ultimate responsibility for remedying conditions that lead

to impairment and for dealing with the consequences of disability rests with Governments."³⁷

The guarantees to ensure the rights of everyone to labour are set forth in many international documents. This includes the Universal Declaration of Human Rights (article 23), the Declaration on the Rights of People with Disabilities,³⁸ the International Covenant on Civil and Political Rights (Article 26), the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (article 6), the ILO Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) and Recommendation No. 168, the Standard Rules on Providing Equal Opportunities to PWDs,³⁹ the General Comments No. 5 to ICESCR on PWDs 40 (articles 6-8) and also in basic ILO documents on PWDs:

ILO Recommendation No. 99 on retraining of PWDs of 1955. – Prior to the adoption of the following ILO documents regulating the sphere of employment of PWDs, the given document was served as a basis to make national legislation comply with the right of PWD access to employment.

The 1983 Convention on Vocational Rehabilitation of PWDs (No. 159). – This convention was adopted at the beginning of the UN Decade of Disabled Persons (1983-1992) and requested member states to implement and review national policy in the field of vocational retraining and employment of PWD in line with national conditions, practices and possibilities.

1983 Recommendation (No. 168) – adopted as a complimentary document to the Convention No. 159. Serves as a guideline to its implementation.

2004 Recommendation No. 195 on human resources development. This recommendation requires member states to develop comprehensive and coordinated political measures and programs for vocational training, closely interlinked with employment programs in particular regarding the assistance of state employment services. Furthermore, it calls for a national service, information and vocational orientation network to cover all people, including PWDs.

³⁷ ILO General Comment № 18 - Right to Labour (Article 6), 2005 r.

³⁸ Adopted by UN GA Resolution 3447 (XXX) on 9 December 1975.

³⁹ Adopted by UN GA Resolution 48/96 on 20 December 1993.

⁴⁰ ICESCR 11th session, 1994.

1955 Recommendation No. 99 on retraining PWDs is a recommendation that was much ahead of its time and suggested a comprehensive approach to vocational training and employment of PWDs.

Set of Practical Rules entitled “Labour Issues for PWDs” (Managing Disability in the Workplace, 2001) – complements several documents that are used by ILO as a guideline in its activities aimed at promoting PWD employment. This document reflects the important changes that have occurred since 1983 in terms of understanding disability from a legal, political and services point of view. Despite the fact that this document has been mainly developed for employers it is very useful for governments to ensure the establishment of a legal platform for implementation the right of PWDs to employment.

Recommendation of 1925 on the minimum amount of remuneration to employees (No. 22) – first recommendation of ILO containing provisions on vocational rehabilitation of PWDs.

Returning to Recommendation No. 168 on Vocational Rehabilitation and Employment of PWDs one must pay attention to the measures assigned to the State Party regarding retraining PWD:

a. Appropriate measures to create job opportunities on the open labour market, including financial incentives to employers to encourage them to provide training and subsequent employment for disabled persons, as well as to make reasonable adaptations to workplaces, job design, tools, machinery and work organization to facilitate such training and employment;

b. Appropriate government support for the establishment of various types of sheltered employment for disabled persons for who access to open employment is not practicable

c. Elimination, by stages if necessary, of physical, communication and architectural barriers affecting transport and access to and free movement in premises for the training and employment of disabled persons; appropriate standards should be taken into account for new public buildings and facilities;

d. Wherever possible and appropriate, facilitation of adequate means of transport to and from the places of rehabilitation and work according to the needs of disabled persons;

e. Provision of part-time employment and other job arrangements, in accordance with the capabilities of the disabled person for whom full-time employment is not possible immediately, and may not ever be possible.

f. Finally, in order to ensure adequate employment, social integration or reintegration of PWDs, it is necessary to provide PWDs with

adequate devices and provide other individual services allowing PWDs to find and keep their jobs and to ensure their career development.

As to the right of PWDs to employment, specific mention must be made of one of the important international legal documents aimed at protecting and promoting PWD rights, namely, the UN Convention on the Rights of PWDs that was adopted on 13 December 2006 by UN General Assembly Resolution 61/106.

Before that, the rights of PWDs were dealt with partially in different international legal acts. However, these provisions were not systematized into a unified document of international significance.

In accordance with article 27 of the Convention, State Parties have to recognize the right of PWDs to work to the same extent another people. This includes the right to earn a living, which is freely selected or agreed by a PWD, in an open, inclusive and accessible labour market and productive environment for PWDs. To that end, states are obliged to undertake the following:

1. Prohibit discrimination on the basis of a disability in all matters concerning all forms of employment, including recruitment conditions, hiring and employment, continuance of employment, career advancement and safe and healthy working conditions;
2. Protect the rights of PWDs, on an equal basis with others, for just and favourable conditions of work, including equal opportunities and equal remuneration for work of equal value, safe and healthy working conditions, including protection from harassment and the redress of grievances;
3. Ensure that PWDs are able to exercise their labour and trade union rights on an equal basis with others;

Enable PWDs to have effective access to general technical and vocational guidance programs, placement services, vocational and continuing training;

Promote employment opportunities and career advancement for PWDs in the labour market, as well as assistance in returning to the workplace and in finding, obtaining and maintaining employment.

Promote opportunities for self-employment, entrepreneurship, the development of cooperatives and starting one's own business.

Employ PWDs in the public sector.

Promote the employment of PWDs in the private sector through appropriate policies and measures, which may include affirmative action programs, incentives and other measures.

Ensure that reasonable accommodation is provided to persons with disabilities in the workplace.

Promote the acquisition by PWDs of work experience in the open labour market.

Promote vocational and professional rehabilitation, job retention and return-to-work programs for PWDs.

The Republic of Tajikistan has not yet ratified the UN Convention on Rights of People with Disabilities 41 which asserts that:

“According to the Standard Rules, PWDs, whether in rural or urban areas, must have equal opportunities for productive and gainful employment in the labour market. For this to happen it is particularly important that artificial barriers to integration in general, and to employment in particular, be removed. As the ILO has noted, it is very often the physical barriers that society has erected in areas such as transport, housing and the workplace, which are then cited as the reason why PWDs cannot be employed. For example, as long as workplaces are designed and built in ways that make them inaccessible to wheelchairs, employers will be able to "justify" their failure to employ wheelchair users. Governments should also develop policies, which promote and regulate flexible and alternative work arrangements that reasonably accommodate the needs of disabled workers.”⁴² Measures supporting and developing vocational rehabilitation and employment of PWDs are to be taken in rural areas.⁴³

National legislation

In line with the Constitution of the Republic of Tajikistan everyone shall have the right to work, to choose his or her profession, job, work protection and social protection during a period of unemployment.

Prohibition of discrimination

Discrimination in working relations is prohibited. Differences in the work sphere related to specific peculiarities of a particular work and peculiarities due to the special care of the state of the people in need of increased social protection, (women, minors, and PWDs) are not regarded as discrimination. People thinking that they had faced discrimination in the workplace may refer their complaint to a court.⁴⁴

The Law on Social Protection of PWDs provides special employment and rehabilitation of PWDs. The Individual Rehabilitation Pro-

⁴¹ Adopted by UN GA res. 48/96 on 20 Dec. 1993.

⁴² General Comments № 5 to ICESCR: (11th session, 1994), p.22

⁴³ Convention № 159 on Vocational Rehabilitation and Employment of PWDs, Article 8.

⁴⁴ RT Labour Code, Articles 4 and 7.

gram has been developed for these purposes (IRP). The guarantees that ensure the employment for PWDs are established in Article 26 of the RT Law on Social Protection of PWDs, which provides:

- Setting quotas for PWDs and a minimum amount of special work places for PWD in organizations, regardless of the ownership, public or private.⁴⁵
- Encouraging organizations to establish additional work places (including special ones for PWDs).
- Creating working conditions in line with individual rehabilitation programs for PWDs.
- Establishing favourable conditions for PWDs to carry out entrepreneurship activities.
- Carrying out training to PWDs on new vocational skills.

The state provides additional guarantees to citizens in need of social protection, who face difficulties in securing employment and those who are incapable of competing on the labour market. The guarantees concentrate in developing and implementing target programs aimed to promote employment, establishing additional employment opportunities within organizations and enterprises, regardless of whether they are publicly or privately owned. It also develops specialized organizations (including organizations aimed at engaging PWDs), setting up quotas to ensure PWD employment, provision of services on vocational orientation and organizing training on specific programs and through implementation of other measures. The quota for PWD employment is established in line with the RT Law on Social Protection of PWDs:

The quota for PWD employment is set at the rate of at least 5 % of the total amount of personnel in an organization, when the number of personnel is over 20 persons.

The local executive authorities are accountable for implementing state policies aimed at promoting employment.

The employer has to hire PWDs that were referred to by an employment agency for positions within set quotas.⁴⁶

A minimum number of special work places for PWDs are established for each organization within the quota for PWD employment.

An unjustified refusal to conclude an employment contract with a candidate referred by a state employment body, within a quota, is prohibited by the RT Labour Code.⁴⁷

⁴⁵ Quotas for PWD employment is also provided in Article 15 of the RT Labour Code.

⁴⁶ RT Labour Code, article 152

⁴⁷ RT Labour Code, article 28

The procedure for establishing employment quotas for certain groups of the population is regulated by specific Rules pertaining to this matter and approved by government Resolution No. 181 of 2 April 2009, The rules cover a wide range of socially vulnerable layers of the population, not only PWDs. For example, the quota system also includes parents of CWDs.

Employment agencies have to inform the population through the mass media, not later than within two months after the quota was set. The conditions of employment for certain groups of the population due to their social status and health condition is the responsibility of the employer, who is providing employment to a person within the quota scheme. The Rules specifically emphasize the necessity of a special arrangement and working conditions for PWDs.

At the same time, despite the Rules, there is a lack of a clear mechanism regulating the procedure to provide employment to PWDs in terms of ensuring a convenient and safe working environment. The rules contain general descriptions of employment within the quota scheme. However, the state employment agencies and employers cannot use these rules as a detailed guideline to implement legal norms on employment of PWDs and other vulnerable groups of the population.

In order to implement the government policy of employment, the body responsible for the promotion of employment is the Republic Coordination Committee according to Resolution government resolution No. 129 (Annex 1) of 27 February 2009. The key functions of the Committee include setting up quotas on employment of PWDs for organizations and enterprises and other groups of the population.

Individual Rehabilitation Program (IRP)

The key element in the rehabilitation system is the Individual Rehabilitation Program for PWDs (IRP), including employment rehabilitation for PWDs. IRP includes separate types, forms, scope, term and order of implementation for medical, vocational and other measures to rehabilitate and compensate PWD capacities to carry out certain activities.⁴⁸

The rehabilitation of PWDs includes the following:

a). Medical rehabilitation measures, including surgery operations, provision of technical facilities, provision of orthopaedic facili-

⁴⁸ RT Law on Social Rehabilitation of PWDs, Article 1.

ties and sanatorium treatment; b). Vocational orientation and training and support in employment.

The IRP for PWDs is carried out free of charge at government expense. The rehabilitation that needs to be done because of a work injury or a work-related ailment will be covered either by the PWD or the employer, in line with national legislation.

The implementation of an individual rehabilitation program is compulsory for all relevant state bodies, local governing bodies, enterprises, organizations and physical entities, regardless of their legal status and form of ownership.

The IRP is recommendatory for PWDs: the concerned person can refuse the type, form, scope of rehabilitation activities and the program as a whole. A PWD may freely decide on the technical mean of rehabilitation they will receive, including wheelchairs, orthopaedic devices, materials printed in special form, sound increasing devices, alarms, video with subtitles or sign language interpretation or similar devices.

The SMSES, acting on the basis of the Instruction No. 68 on the Medical Social Expertise, which was approved by the RT Ministry of Labour and Social Protection on 21 August 2009 and Instruction No.11 of the RT Ministry of Health of 5 August 2009 deal with identifying disabilities and developing the IRP.

According to the Instruction for the IRP, the program is carried out in three stages and includes all medical, social and work activities. The IRP is sent for implementation to medical preventive establishments and all divisions (departments) of the employment agency. The SMSES provides PWDs with information on basic rehabilitation activities, places, duration of each activity, specified time and enterprises or organizations where the patient has to go.

In the case of repeated or urgent examinations for identification of a disability, a referral provided by the medical preventive establishment should contain brief information on basic rehabilitation activities. As to the implementation of individual social programs or vocational rehabilitations, this is organized through a system of coupons that coincide with the IRP components. After the implementation of all rehabilitation activities, the reasons and scope of the fulfilment of the activities, or lack thereof, are provided.

Organizations accountable for the employment of PWDs are subject to a preferential tax system, in line with the RT legislation, specifically article 145 of the RT Tax Code, which states that an income

tax exemption is provided to [...] enterprises, during the reporting fiscal year in which:

a. The workforce comprised over 50% of PWDs.

b. Over 50% of the overall salaries, expenses and other remuneration schemes, including in kind, was spent for the needs of PWDs.

The RT Law on Promoting the Employment of the Population from 2003 also contains some of the requirements related to the employment of PWDs. Employers are to provide the state employment body with the information necessary to carry out vocational rehabilitation and employment of PWDs. When hiring a citizen who was referred by the state employment body, within a 5 day limit, the employer has to provide a statement to the government employment body, indicating the date of the person's actual recruitment. In the case of a refusal to recruit this person, the employer notifies the state employment agency on the date of the interview, the reasons for refusal and provides this statement to the interviewed person. The liquidation of positions for PWDs is carried out only in coordination and upon agreement with the government employment body.

Furthermore, an unemployed PWD has a priority right to receive vocational training and retraining. In line with the Law on Promoting Employment of the Population, one of the principles behind the state policy on employment of the population is setting benefits for employers who are preserving existing and establishing new work places, including those for citizens in need of social security. However, the real benefits that employers are entitled to have not yet been identified and given the relevant legal provision, which is only declarative, this is not enough of an incentive to make employers provide employment to PWDs.

"Suitable employment," as the same Law states, "is a job that a citizen can apply himself/herself to, line with his or her gender, education, specialty, vocational training, work experience, conditions of prior employment (except for paid public works), health condition, one that is not too far from the place of residence (not more than one hour away) and with guaranteed payment, which shall not be lower than the official minimum salary."

In other words, although the law prescribes that the job should not be far from the place of residence, it is not specified how the time should be calculated and whether it should not exceed one hour by car or on foot. As to PWDs, in particular those with problems of the supporting and motor apparatus, it is hard to call a suitable employment one that is within one-hour distance from home.

People cannot be classified as unemployed in cases when within 10 days after registration in the state employment bureau they then refused two employment options. The same happens to those who lack education and are looking for a job for the first time and refused twice to undergo vocational training or a suggested paid job (even a temporary job).⁴⁹ This provision of the law can violate the rights of PWDs, because if a PWD refuses a “suitable” job, which is unsuitable for him due to the remoteness of the job, he or she will lose his or her status as unemployed and will not be entitled to further support with the job search. Unemployed citizens and people looking for work, who are registered with the state employment bureaus, are entitled to consultations and financial support in the realm of self-employment and small-scale entrepreneurship.⁵⁰The RT Labour Code also establishes several benefits for PWDs and their parents.

Employment of PWDs and parents of CWDs

The RT Labour Code stipulates that an employment contract between an employer and an employee be concluded freely and on voluntary grounds. At the same time the LC establishes the obligations of the employer to conclude an employment contract with the PWD referred to a job within a quota scheme.⁵¹ When refusing to employ a pregnant woman or woman with a CWD under 18 years, an employer has to inform her for the reasons of this refusal in written form. A refusal to employ such a person may be subject to review by a court.⁵²

Termination of an employment contract

The termination of an employment contract at the employer's initiative should be justified. The reasons for this are the absence from work for over four consecutive months due to a temporary incapacity to work, – excluding maternity leave,-- unless the legislation specifies a longer period for retaining the position for specific illnesses.⁵³ The position is reserved for the employee who lost his ability to work due to employment work-related injury or occupational illness up to the time of full rehabilitation, or until obtaining a disability status.

No termination of an employment contract is permitted at the employer's initiative within the disability period (except for the dis-

⁴⁹ Article 4 of the Law.

⁵⁰ Article 8 of the Law.

⁵¹ RT Labour Code , article 29.

⁵² RT Labour Code, article 159.

⁵³ RT Labour Code, Article 45.

missal under section 5 of this article) and during the leave period of an employee, except in cases of an enterprise liquidation or termination of an entrepreneur's activities.⁵⁴

An employer cannot cancel a contract with a pregnant women and women with children under the age of three (single mothers with disabled children under sixteen years), except in cases of full enterprise liquidation when termination of an employment contract is permitted with mandatory job placement.⁵⁵

Duration of a working day and additional leave time for PWDs

The duration of a day of work (shift) for PWDs may not exceed six hours. The Medical Expert Commission's recommendations, on part-time work, reducing the workload and other working conditions for the disabled, are mandatory for employers. A six-hour workday is established for working PWDs without reduced remuneration. Disabled persons are allowed to work at night-time, at overtime and at weekends, only with their consent and provided that such work is not prohibited for medical reasons.⁵⁶

There is an extended basic annual leave entitlement of 42 days for working PWDs from groups I and II, and of 35 days for people from group III. Due to family circumstances or other valid reasons, the employee may accord, on his/her application, leave without pay of a duration determined under the agreement between the employee and employer. Leave without pay, up to 2 months a year, is provided to working disabled people when they apply.⁵⁷

Lump-sum allowance in case of employment injury

Employees, who became disabled as a result of an injury during employment [...], on top of the damage identified in these cases, are paid a lump-sum allowance no less than the average annual earnings of the injured person (RT Labour Code, article 156, and article 28 of the RT Law on Labour Protection).

Benefits for parents of CWDs in labour relations

While arranging shift work, and if the industry permits, preference is given to women with children under 14 years (disabled child-

⁵⁴ RT Labour Code, article 46.

⁵⁵ RT Labour Code, Article 172.

⁵⁶ RT Labour Code, article 152.

⁵⁷ RT Labour Code, articles 85.1, 99, 152.

ren under 16) for daytime work (RT Labour Code, article 161). Women with children between 3 and 14 years (disabled children up to sixteen years) may be asked to work overtime or travel on business only with their consent (RT Labour Code, article 162). At the request of a woman with a disabled child under sixteen years [...] the employer must arrange a part-time work day, or a part-time work week for them (RT Labour Code, article 168).

One of the parents (guardian or caregiver) who are taking care of a CWD till the age of 16 years is provided with additional leave days without any deductions from the salary at the expense of state social security funds (Labour Code, art. 169). Women, who have a CWD below 16 years, as well as single mothers, with CWD under 18 years, are entitled to claim annual leave in summer or any other convenient time

Furthermore, women with CWDs under 18 years are provided with an annual leave without pay for a period not less than 14 working days. This leave can be added to their annual leave, or used separately (fully or partially) within the period agreed to with an employer. (Labour Code, articles 170, 171).

The termination of an employment contract with a pregnant women and women with children under three years (single mothers with disabled children under 18 years) at the employer's initiative is not permitted except for cases of full enterprise liquidation. When the termination of an employment contract is permitted, the employer must find the employee another job ("mandatory job placement"). The employment of these women is guaranteed by the successor of the liquidated enterprise and in the absence of a job, the government employment agency is responsible to assist them with employment and provide them with corresponding social benefits provided by the law. The employer carries out his end of the contract. During the time between jobs, they must pay their salary for up to three months from the time of the termination of the contract. (RT Labour Code, article 172)

Responsibility for violation of PWD rights in employment

Administrative responsibility is established if an employer refuses to hire a PWD from groups II and III within established quotas. It leads to fines for officials in the amount from 40 to 50 indicators for the calculations. Any unjustified refusal to register a person with a disability as unemployed is subject to a fine in the amount from 40 to 50 indicators for the calculations.⁵⁸

⁵⁸ RT Administrative Code, Article 108.

The legislation also provides criminal responsibility for unlawful dismissal of an individual from his office, delaying the wage, as well as an intentional violation of the RT Labour Law. It is punishable by a fine in the amount of 1,000 to 2,000 times the minimum monthly wage, or deprivation of their freedom for up to 3 years.⁵⁹ This article not only deals directly with PWDs, but according to the RT Criminal Code, relates directly to PWDs in cases when labour laws are violated.

The Program for Development of Vocational Education for Adults during 2011-2015 (approved by government Resolution no. 696 on 30 December 2010) has already been adopted in Tajikistan. One of the objectives of the given program is educating adult PWDs, who are allowed to carry out certain works in line with the permission of the SMSES. However, among the measures aimed at implementing the program, no special measures are prescribed aimed at vocational training for PWDs. There are only general activities, targeted mainly at vocational training for adults and the healthy population.

Analysis of the compliance of national legislation with international standards in the field of PWD employment:

As noted by Shirley Carr, -- member of the ILO management and former President of the Labour Congress of Canada, -- during the parliamentary forum on disability issues, which took place in Canada in 1992, PWDs are facing a "ceiling made of concrete" and are suffering from three 'Negatives': "Not being in demand, unemployment and no usage."

Under conditions of economic and political precariousness, the protection of the most vulnerable is of great import. To achieve the Millennium Development Goals related to poverty alleviation, significant and prolonged efforts to promote employment programs, rural development and poverty reduction are needed. These will support the creation of conditions for suitable and productive work by PWDs. Their contributions will lead to concrete economic and social benefits and will help reduce the considerable costs related to their social isolation. ⁶⁰

It has already been demonstrated that a close interconnection exists between poverty and disability: "There are almost 470 million PWDs of working age around the world...It is obvious that PWDs suffer from a lack of adequate employment much more than other people. According to UN statistical data, 82% of PWDs residing in developing countries live below the poverty level, and are included into most vul-

⁵⁹ RT Penal Code, Article 153.

⁶⁰ PWDs in the sphere of Labour: Figures and Facts, ILO, November 2007

nerable and marginalized groups. They form 15-20% of the poor population in these countries.”⁶¹

The analysis of the World Health Survey (51 countries) shows that the employment rates are 52.8% for men with disabilities and 19.6% for women with disabilities, compared with 64.9% for non-disabled men, and 29.9% for non-disabled women. A recent study by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) showed that in 27 countries working age persons with disabilities experienced significant labour market disadvantages and worse labour market outcomes than working-age persons without disabilities. On average, their employment rate was 44%, which was over half that for persons without a disability (75%).⁶²

Almost 80% of all PWDs reside in rural areas in developing countries and do not have, or have limited access, to the services they need, thus they also lack the provision for adequate job opportunities, which impacts both their social and economic condition.⁶³

Employment is one of the spheres where discrimination against PWDs is of a manifest and sustainable character. In most countries the level of unemployment among PWDs is two or three times higher than unemployment of people that are not disabled. When PWDs are employed, this is mainly in low salary work, lacking social and legal protection and isolated from the mainstream labour market.⁶⁴ In other words in the employment sphere PWDs face general forms of discrimination: high unemployment rates, biased attitudes, doubts about their productivity and a lack of access to a productive environment.

Men with disabilities have twelve times more chances to find employment as women with disabilities.⁶⁵ The RT Constitution and national legislation guarantees everyone the right to labour, in line with international standards. This implies that PWDs have the right to labour to the same extent as other people. The national legislation prohibits all kinds of discrimination in the field of work relationships. The Labour Code contains provisions on the prohibition of discrimination, although the notion of discrimination itself is missing.

There is a set of benefits for PWDs and for parents of CWDs, in particular women who are taking care of CWDs, as prescribed by the Labour Code. In 2011 some of the articles in the RT Labour Code re-

⁶¹ O'Reilly, Op. cit.

⁶² World Disability Report.

⁶³ PWDs in the sphere of labour

⁶⁴ General Comments № 5 to ICESCR 11th session, 1994), p. 20.

⁶⁵ Source: “The Right to Decent Work of Persons with Disability,” ILO Geneva, 2007

lated to the provision of labour benefits to women, or both parents with CWDs, were amended. The amendments increased the age of CWDs from 16 to 18 years old thereby extending the period for parents of CWDs to receive work benefits.

In line with international standards, PWDs are subject to special means of protection and assistance, which are aimed at ensuring equal opportunities. These means are regarded as necessary and are not discriminatory. On the other hand, the RT Labour Code states that if the loss of work capacity was due to an injury or work-related illness, "the job is kept until complete recovery of the work capacity or until the disability is officially recognized". This LC provision implies that as soon as the disability is recognized, the employee loses his job and his previous employment is not reserved for him.⁶⁶

In line with article 112 of the Labour Code, when an employee is transferred to another position in the same organization with a lower salary, due to damage to health resulting from a work-related disease, or any other damage related to previous work, the salary rate must be preserved for this employee throughout the work period, or until the disability is established. In other words the identification of a disability leads the loss of a higher income.

As an OHCHR report states: "The right to work requires, inter alia, examining whether labour laws prohibits discrimination in the workplace. It also requires employers to take positive steps to ensure physically-accessible buildings, as well as accessible technology such as computer and Internet technology, for those PWDs that may require it."⁶⁷ It states further that: "The exclusion from the labour market might be due to a lack of transportation to the workplace, or negative attitudes among employers and colleagues, resulting in the inability of a PWD to work..."⁶⁸

The Convention on the Rights of PWDs appeals for the recognition of the right of PWDs to work on an equal basis with others. This includes the right to have the opportunity to gain a living by working in a freely chosen or accepted work position in the labour market and in a productive environment. The Convention emphasizes the rights of PWDs, on an equal basis with others, to just and favourable conditions of work, including equal opportunities and equal remuneration for

⁶⁶ RT Labour Code, article 46.

⁶⁷ Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disabilities Guidance for human rights monitors, Professional training series #17, UN OHCHR, New York, Geneva, 2010, p.27

⁶⁸ Ibid, p.9

work of equal value, safe and healthy working conditions. Finally, the Convention urges the promotion of employment opportunities and career advancement for PWDs in the labour market, as well as assistance in finding, obtaining, maintaining and returning to employment. (Article 27 of the UN Convention on the Rights of PWDs).

The RT Labour Code provides a range of benefits for PWDs and parents (including women) who have a CWD. However, the issues related to provision of special devices and setting up special environments in the work spaces are not regulated in this law. "Special work places for employment require additional measures related to the organization of work, including the adaptation of primary and additional equipment, technical and other equipment, in accordance with the individual capacities of PWDs." 69

According to UNOHCHR: "Accommodation' is the adjustment of a rule, practice, condition or requirement to take into account the specific needs of an individual with disabilities, with the aim of enabling this person to participate fully and equally. In the workplace, accommodation can include acquiring or adapting software and keyboards for an employee with a visual impairment, training, or allocating extra time to complete a task. In education, a reasonable accommodation might require the provision of alternative ways to fill course requirements, tutorial assistance or adequate technology".70

The RT Law on Labour Protection does not stipulate protection of labour for PWDs, but there are references that the protection of the work of a PWD is implemented in line with the given law and government regulations. Several articles of the new RT Law on Social Protection of PWDs guarantee their employment by introducing quotas in organizations, regardless of their form of ownership and legal status. Quotas for PWDs are established in the amount of not less than 5% of the total staff of the organization, when total staffing is at least 20 people. However, at the moment a critical evaluation of the quota system is being undertaken and a shift to other measures contemplated. Quotas are based on two related assumptions:

a. Employers will not hire large numbers of disabled people unless they are required to do so.

b. Most disabled people are unable to compete for jobs with their non-disabled counterparts on an equal basis. In short, this is

⁶⁹ E.E. Machulskaya, "Right of PWDs to Labour and its Implementation," *Zakonodatelstvo* (Moscow), No. 1, January 2008.

⁷⁰ Monitoring the Convention on the Rights of PWDs

based on the assumption that disabled workers are less valuable and less productive. Therefore, if such workers are to be integrated in the open labour market, employers need to be obliged to hire them and sometimes even financially compensated for doing so.⁷¹

A similar conclusion was made in research conducted by the European Commission in 2000: “Comparative analysis of policies aimed at employing PWD efficiently showed that none of the countries using a quota system had reached the set objectives.”⁷² The report continued: “For PWDs, who, for reasons of choice and/or suitability, open employment may not be appropriate, alternative forms of employment in specialized enterprises can be created or social welfare benefits provided. There are numerous variations of these options across countries, depending on factors such as tradition, culture, economic, social and labour market conditions, social welfare, availability of trained personnel, influence of stakeholders, including disability organizations.”⁷³

RIGHT OF PWDS TO SOCIAL WELFARE

The right to social welfare is established in the RT Constitution. Thus everyone is guaranteed social security due to age, disease, disability, loss of labour capacity, loss of a breadwinner and in other cases as established by law (RT Constitution, Article 39).

International standards

The right to social protection is established by most of the international legal instrument, including: ICESCR (Articles 9 and 11), Convention on the Rights of PWD (Article 28), International Convention on Elimination of All Forms of Race Discrimination (Article 5), Convention on Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Article 11) and Convention on the Rights of the Child (Article 27).

The Convention on the Rights of PWDs provides them with the right to an adequate standard of living for themselves and their families, including adequate food, clothing and housing. This includes the idea of a continuous improvement of living conditions. PWDs are en-

⁷¹ O'Reilly.

⁷² Anna Gvozdzitskikh, “Right of PWDs to Employment,” Centre on Social Labour Rights, Bulletin Lawyers for Employment Rights, No. 22, 2006.

⁷³ O'Reilly, p. 63.

titled to social protection and to the enjoyment of that right without discrimination on the basis of disability. They should take the appropriate steps to safeguard and promote the realization of this right, including the following measures:

a. To ensure equal access by PWDs to clean water supplies and to ensure access to appropriate and affordable services, devices and other assistance for disability related needs.

To ensure access by PWDs, in particular women and girls with disabilities and older PWDs, to social protection programmes and poverty reduction programmes.

c. To ensure access, by PWDs and their families living in situations of poverty, to assistance from the State with disability-related expenses, including adequate training, counselling, financial assistance and respite care.

d. To ensure access by PWDs to public housing programmes.

e. To ensure equal access by PWDs to retirement benefits and programmes.⁷⁴

The Committee on Economic, Social and Cultural Rights, commented on article 9 of the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights, indicating the following:⁷⁵ "Social security and income-maintenance schemes are of particular importance for PWDs. As stated in the Standard Rules: "States should ensure the provision of adequate income support to PWDs who, owing to disability or disability-related factors, have temporarily lost or received a reduction in their income, or have been denied employment opportunities." ⁷⁶

Such support should reflect the special needs for assistance and other expenses often associated with a disability. In addition, as far as possible, the support provided should also cover individuals (who are overwhelmingly female) undertaking the care of a PWD. Such persons, including members of their families, are often in urgent need of financial support because of their assistance role.⁷⁷ The institutionalization of PWDs, unless rendered necessary for other reasons, cannot be regarded as an adequate substitute for the social security and income-support rights of such persons."

⁷⁴ Convention on Rights of PWD, p. 58.

⁷⁵ Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comments № 5 (1994). "People with any form of disability," paras. 28, 29.

⁷⁶ Standard rules on providing equal opportunities to PWD, annexed to UN GA Resolution 48/96 as of 20 December 1993, rule 8, p. 1.

⁷⁷ General Comment to ICESCR No. 5, p. 78.

Commenting on Article 11 of the Covenant, the Committee stated: "In addition to the need to ensure that PWDs have access to adequate food, accessible housing and other basic material needs, it is also necessary to ensure that "support services, including assistance devices" are available "in order to assist them, improving their level of independence in their daily living and the exercise of their rights." 78

The right to adequate clothing has a particular meaning when talking about PWDs, since they often are in need of special clothing that allows them to participate fully in social life. In this regard the needed assistance is to be provided wherever possible.

As stated in the Committee's comment, while defining the need for social protection, the limitation of the labour capacity of a PWD, as well as the additional expenses related to the disability, shall be taken into consideration. The international standards pay particular attention to the rights of women and children. The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women states that State Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of employment in order to ensure, on a basis of equality of men and women, the same rights, in particular, the right to social security, particularly in cases of retirement, unemployment, sickness, invalidity and old age, and other incapacity to work, as well as the right to paid leave.⁷⁹

The Convention on the Rights of the Child states that every child has the right to an adequate standard of living for his or her physical, mental, spiritual, moral and social development. The parent(s) or other responsible caregivers, of a child have the primary responsibility to secure, within their abilities and financial capacities, the necessary living conditions for the child's development. This should be done in accordance with national conditions and within their means. In this effort, the government should take the appropriate measures to assist parents and others responsible for the child in order to fulfil this right and in case of need should provide the material assistance and support programmes, particularly regarding nutrition, clothing and housing.⁸⁰

In the General Comment, No. 5 (1994) on PWDs, the Committee underlined that social security and the income-maintenance schemes are of particular importance for PWDs. As stated in the Standard Rules:

⁷⁸ Standard rules, rule 4.

⁷⁹ Article 11

⁸⁰ Convention on the Rights of the Child, art. 27.

"States should ensure the provision of adequate income support to PWDs who, owing to disability or disability related factors, have temporarily lost or received a reduction in their income or have been denied employment opportunities." Such support should reflect the special needs for assistance and other expenses often associated with suffering from a disability. In addition, as far as possible, the provided support should also cover individuals (who are overwhelmingly female) undertaking the care of a PWD. Such persons, including members of the families of PWDs, are often in urgent need of financial support because of their assistance role.

The institutionalization of PWDs, unless rendered necessary for other reasons, cannot be regarded as an adequate substitute for the social security and income-support rights of such persons.⁸¹ The formulation and implementation of national social security strategies and plans of action should respect, inter alia, the principles of non-discrimination, gender equality and people's participation. The right of individuals and groups to participate in decision-making processes that may affect their exercise of the right to social security should be an integral part of any policy, programme or strategy concerning social security.⁸²

The complicated procedure for PWDs to access benefits

The information provided to a CWD is often provided in a complicated and bureaucratic language. As a result people are unable to understand their rights, and if they do not have contact with organizations dealing with the protection of the rights of PWDs, the lack of information can result in a loss, or a decrease of their disability benefits. In addition, the prolonged and sophisticated application forms, as well as the need to submit an application to several departments, significantly increases barriers to access their rights. In many member states information is still not accessible to everyone, in particular those who are visually or hearing impaired.⁸³

National legislation

In line with the RT Law on the Provision of Pensions, depending on the level of labour capacity loss, PWDs are subdivided into three

⁸¹ General Comment N° 5 to ICESCR: (Eleventh Session, 1994), par. 28, 29

⁸² General Comment N° 19.1- Right to Social Security (Article 9), 2007.

⁸³ Accessibility of PWD to Social Rights in Europe, author Mark Modine, adopted on 26 session of the Committee on Rehabilitation and Integration of PWD (CD-P-RR) (Strasbourg, 7-10 October 2003), p. 57

groups. The reasons and groups of disabilities, as well as the occurrence of a disability, are defined by the SMSES.⁸⁴

The legal concept of the social protection of PWDs is provided in RT Laws on Social Protection of PWDs which is a system of government-guaranteed economic and legal measures of social provisions for this group.

PWDs have the right to a pension, social services, as provided by RT legislation, and an employment (regardless of whether they receive a pension or not). They are entitled to various benefits related to the state social insurance system, including temporary disability allowances.

PWDs have the right to a free, or to preferential treatment, when needing prosthetics and rehabilitation, as established by the government.

The government provides additional social support to families having two or more PWDs and where the parents are disabled themselves.

PWDs have the right to free city, district, regional and long-distance transportation in public vehicles (except for taxis). PWDs also have the right to the preferential usage of railway and air transportation. The government defines the order of free and preferential transportation for PWDs. PWDs have the right to privileges, including preferential taxation as established by RT legislation. Land plots and land allocation for housing construction provided to PWDs of all groups are exempt from taxes, if there is no member of the family who can work.

PWD of groups I and II have the right to privileges on payments for housing, utilities (except for electricity and gas) and phone. They also have privileges when buying state housing for personal ownership in the amount of a 50% reduction from the total cost. They also have the right to urgent and free installation of landlines, electricity supply lines, gas and potable water.

The local authorities and other organizations are able to create additional benefits related to payment for premises, utilities, local taxes and other payments for PWDs, according to RT legislation. In line with the RT Law on Local Governing Bodies in Rural Areas, the chairman of a Jamoat (municipality) provides recommendations to government and public organizations on improving material and residential conditions for PWDs.⁸⁵

The RT Housing Code provides preferential provisions for housing to different PWDs. Article 34 awards preferential provisions for

⁸⁴ RT Law on Pension Provisions, Article 27.

⁸⁵ Law of RT on Local Governing Bodies in Rural Areas of 1 December 1994, Article 19.

PWDs from groups I, II and III (in the case when they receive benefits lower than the necessary living minimum defined by RT legislation, as well as families raising CWDs).

Article 37 of the Housing Code contains a requirement that PWDs be provided with residential premises in line with their wishes, on the lowest possible floor, or in houses equipped with lifts. Article 119 of the RT Law on Pension Provision to its Citizens states that retired people and PWD can be provided (optionally) with benefits when paying for housing services and public transportation. Additionally, local budgets subsidize free passes for cultural, educational and other events.

In line with the RT Law on Physical Fitness and Sports, the development of physical fitness and sports for the disabled is focused on their social integration and physical rehabilitation. Local authorities should ensure the appropriate environment for the disabled by funding physical fitness and sports facilities from the local budget. The inclusion of physical exercises and sports in the system of continuous rehabilitation for the disabled (including children with special needs), is implemented by the educational institutions of health, social welfare and by the organs of physical culture and sports from the national budget.⁸⁶

According to the RT Law on Psychiatric Assistance, the list of psychiatric assistance and social protection guaranteed by the government includes:

- Social and welfare arrangements for the disabled and their care
- Trainings for the disabled.

Psycho-neurological institutions, part of the social protection authorities, provide medical and social assistance for disabled people needing social and welfare assistance, care, medical aid and supervision. The reason a person has to be placed in a psycho-neurological institution is a mental disorder identified by a commission of psychiatrists in healthcare facilities, which disqualifies the person from treatment in a non-specialized institution.⁸⁷

Convicted persons

In line with the RT Penal Code, those imprisoned are entitled on a same basis to a government pension for disability, loss of breadwinner and other cases provided for by the national legislation. Convicted PWDs from groups I and II are provided with improved living conditions and enhanced nutrition standards. Moreover, disabled people of

⁸⁶ RT Law on Physical Fitness and Sports (15 May 1997), article 16.

⁸⁷ RT Law on Psychiatric Assistance (2 December 2002), articles 16, 36, 37.

groups I and II are permitted to work at their discretion in compliance with national labour laws and laws on social protection of the disabled.⁸⁸

General issues of pension provision to PWDs in RT89

Most issues related to the provision of pensions are contained in the RT Law on Pension Provision to Citizens. It also deals with the social pension received by a disabled person with insufficient length of service for a retirement pension. Citizens are entitled to a state pension based on old age, disability, loss of a breadwinner and other cases provided for by the law.

In April 2012 several articles of the given Law were amended, for example the age of a CWD was raised from 16 to 18 years. Significant changes related to pension provision for PWDs were also made, and these are cited below.

Retirement pensions

The following persons are entitled to a retirement pension:

- People who became disabled in connection with state or public duties, or in connection with the performance of duty of a citizen of the Republic of Tajikistan to save human life, protection of the state, the collective ownership of property of citizens and law enforcement;
- People nursing disabled people of group I, disabled children under 16 years, as well as aged people who have reached 80 years. Age and disability pensions are granted, irrespective of whether a person stopped working at the time of the application.

Preferential pensions

The right to preferential pensions is provided to the following categories of citizens:

1. Women who have five or more children and who took care of them until they reached eight. Mothers of CWDs, who raised them till they reached 8 years, are entitled to age pension when reaching 50 years providing they have worked for at least 20 years. However, the time spent to raise children is included in the work period, or they must have worked for 15 years but

⁸⁸ RT Penal Code (6 August 2001), Articles 103, 104, 107.

⁸⁹ RT Law on Pension Provisions, Articles 1,3,18, 27, 28, 32, 33, 35,102,109,110, 112.

- without time spent raising children. At the same time a CWD under 18 years is entitled to social pension.
2. People with pituitary dwarfism and disproportionate dwarfs have the right to an old-age pension:
 - Men: when reaching 45 years with a length of labour not less than 20 years.
 - Women: when reaching 40 years with a length of work not less than 15 years.
 3. PWDs from group I, who are visually impaired
 - Men – when reaching 50 years with a work period of at least 15 years.
 - Women – when reaching 40 years who have worked for at least 15 years.
 4. Participants of the Chernobyl disaster cleanup are entitled to an old-age pension
 - Men – when reaching 55 years who have worked for at least 25 years;
 - Women – when reaching 50 years who have worked at least for 25 years⁹⁰

Pension increases

The law establishes possibilities to increase pensions for the following category of pensioners:

1. Old-age pensions for PWD from groups I and II, who took part in the Great Patriotic War receive a 150% increase
2. Participants of the Great Patriotic War – disabled from groups I and II, due to general illnesses and veterans of war group III are entitled to a 100% increase in the age pension.
3. Old-age pensions for PWDs of groups I and II and due to the Chernobyl disaster and other zones of radioactive pollution receive a 150% increase.
4. Participants of the Chernobyl disaster cleanup and other radioactive pollution zones – PWD of groups I and II and PWDs from group III, whose disability is a result of ecological disasters, receive 10 % of a minimal old– age pension.
5. Unemployed pensioners who are taking care of incapacitated members of their family. For each member of a family, but not more than 3 incapacitated members of family in the amount of 50% of the minimal old-age pension.

⁹⁰ Items b, c, d and e, article 15 of the RT Law on Pension Provisions.

6. For single pensioners who are 80 years old and who need constant care -- a care allowance in the amount of 50% of the minimal old-age pension is given to them. At the same time, the Pension Committee decides whether single pensioners need home care when they award pensions.⁹¹

Amount of pensions

Disability pensions are assigned at the following rates: disabled people from groups I and II – 70%, disabled people from group III – 50% of the emolument (Articles 70 and 86 of this Law). If a person with disability from groups I, II and III has the length of service needed for an old age pension, including benefits, the disability pension is assigned at the rate of the old age pension with the relevant length of service. Minimum pension rates are established: for disability groups I and II at the rate of 100%, for group III – 50% of the minimum old age pension.

The amendments that were introduced to Article 27 of the RT Law on Pension Provision and which entered into force in April 2012 identified a maximum amount of a disability pension:

- For PWDs of group I – 10 times the minimal old-age pensions;
- For PWDs of group II – 8 times the minimal old-age pensions;
- For PWDs of group III – 6 times the minimal old-age pensions.

In all cases, the maximum amount of a disability pension cannot be less than the maximum amount of an old age pension.

Pensions for short length of service

People with disabilities from groups I and II, as a consequence of chronic ailments, often lack the sufficient length of service to be entitled to a full pension. Therefore they receive a disability pension for a short length of service, which is proportionate to their years of service, and no less than the social pension established for groups I and II accordingly.

Period for incomplete seniority

Disability pensions are assigned from the date of disability registration with the SMSES, if the request for pension was provided with-

⁹¹ Items a, b, c, d article 18 of the RT Law on Pension Provisions.

in three months since disability was registered.⁹² Pensions are assigned for the whole period of disability identified by the SMSES. Disabled men over 60 years and women over 55 are granted life-long disability pensions. Re-examination of such disabled people is carried out only at their request.

In case there is a change in the disability group, the pension is paid at the new rate from the day of change of group category. If the re-examined persons were identified as fit to work, a pension would be paid until the end of month in which they were found capable of working. If a PWD failed to come to the SMSES for re-examination on the date prescribed, the payment of the pension would be suspended. If the disability is re-established the pension would be paid from the moment of the suspension, although the amount reimbursed would not exceed one month.

When missing the re-examination date for serious reasons, the payment of the pension, in accordance with the decision of the authorized body, will be paid from the date of the pension suspension to the date of actual re-examination. However the period shall not exceed three years in case the SSME re-established the disability. Although if another group of disability is established (higher or lower) the pension for the indicated period is paid based according to the rate of the former category.

If payment of pensions to PWD with general ailments was stopped due to the loss of the disability, or if the person was not getting a pension due to missing the re-examination for no serious reason, then the subsequent re-establishing of a disability payment of pension will be renewed from the moment it was suspended. However, the period shall not exceed five years. If a five years period has passed, the pension is allocated on general grounds. Disability pensions are paid out in full, irrespective of earnings or other incomes, and without calculating any dependency increments.

Payment of pensions to people residing in homes for the elderly and disabled.

Pensioners residing in homes for the elderly and disabled people are paid 10% of the assigned pension, but not less than 20% of the minimum old-age pension a month. In the cases when the pension rate exceeds the cost of living in the home, the difference between the

⁹² RT Law on Pension Provisions, Article 92.

pension and the cost of living is paid out, but no less than 10% of the pension and 20% of the minimum old age pension per month.

If pensioners living in a home for the elderly and disabled have unemployed family members who are dependent on them, the pension is paid as follows: 10% of the pension but no less than 20% of the minimum old age pension is paid to the pensioners themselves. The remaining part of the pension, but no less than 50% of the assigned rate, is paid out to the specified family members. Social pensions are paid at the rate of 10% of the minimum old age pension.

Social pensions

Social pensions are granted to non-working citizens (apart from those with a childhood disability) who do not qualify for a retirement pension: PWDs from groups I and II, including those with a childhood disability; and to PWDs of group III to people of the following ages:

- Men – 65 years, women – 60 years
- Children – in case of loss of the breadwinner (point "a" Article 36 of the given Law)
- CWD below 18 years

The lists of medical conditions that is necessary for a social pension entitlement for CWDs below 18 years is prescribed by the government and are provided in the following amounts:

- PWDs from group I, people with childhood disability from groups I and II and CWDs under 18 years: 100% of minimum age pension amount.
- PWD from group II (except from people with a childhood disability); men – from 65 years, women – from 60 years, children (point "a", Article 36 of the given Law) – in case of loss of a breadwinner – 50% of minimum age pension, children who lost both parents (orphans) – 100% of minimum age pension.
- PWD from group III– 30% of minimum age pension.

Social pensions no less than 100% of the minimum age pension are provided to mothers who have 10 and more children and raised them to the age of 8. When someone is entitled to both a social pension and an allowance for disabled family members (articles 18 and 31 of the Law on Pension Provision), either a pension or allowance is provided with the agreement of the person.

Analysis of the compatibility of national legislation with international standards in the field of access of PWDs and CWDs to social security

Article 1 of the RT Constitution states that Tajikistan is a social state, whose policy is aimed at establishing the conditions necessary for a dignified life and the free development of a person. Article 39 of the Constitution states that everyone is entitled to a social provision upon retirement, becoming disabled and losing capability work, loss of work capacity, a breadwinner and other cases established by the law. Hence, the Constitution contains provisions pertaining to socially vulnerable layers of the population, who are unable to ensure a dignified way of life. This article clearly includes PWDs in this category of the population. The government accepts the right of PWDs to a dignified life and undertakes the necessary steps to ensure the implementation and promotion of this right. The provisions of Tajik legislation and Article 28 point 1 of the Convention on the Rights of PWDs coincide.

The Law on Social Protection of PWDs, which establishes forth the requisite activities to implement the rights of PWD to social protection, was adopted to implement the RT Constitution. Articles 12 -15 of the Law on Social Protection of PWDs define the means of providing PWDs with the technical means of rehabilitation. Unlike the older version of the law, the new Law on Social Protection of PWDs does not specify the issues related to social and household services provided to PWDs. On the contrary, Article 20 refers to local legislation, which does not have provisions on social and household services for PWDs, i.e. the provision of services and other assistance necessary to satisfy the needs related to disability.

According to the Law on Social Protection of PWDs, the local authorities and other organizations may grant additional benefits to PWDs regarding housing subsidies, communal services, local taxes and other payments within their scope of their authority. Since this provision is not obligatory and the provision of additional benefits depends on the goodwill of the abovementioned bodies and organizations, it remains declarative.

The national legislation contains a range of benefits provided to PWD, although clear implementation procedures and mechanisms are missing (for example the free of charge vouchers of transportation to sanatoriums). Many of the given legal provisions are often not implemented in practice.

In April 2012, the law on pension provisions was amended. Currently it assigns a maximum annual pension for PWDs: group I – US\$ 165, group II – almost US\$ 132 and group III – US\$ 100.

In most countries the minimum and maximum amounts of insurance pensions are established (directly or indirectly). This is done to guarantee a minimum level of insurance pension (which is much higher than the social benefit), and to prevent unwarranted surpluses in pension provision, as the financial resources of the state and the insurance fund are not limitless. For instance in Kazakhstan, the maximum amount of a pension is US\$ 318 annually.

RIGHT OF PWDS TO HEALTH AND ACCESS TO MEDICAL SERVICES

Article 38 of the RT Constitution guarantees the right of everyone to health care. "Each person has the right to health care. This right is ensured through free medical assistance in governmental health care institutions. The State shall take measures to improve the environment, the development of mass sports, physical culture and tourism. Other forms of medical care are determined by law."

International standards

The right to health is regulated by several international legal acts, for example, the Universal Declaration on Human Rights (art 25), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (art 12), several articles of UN Convention on Rights of PWDs, Standard Rules to Ensure Equal Opportunities for PWDs, etc.

Article 12 of the ICESCR recognizes the right of everyone, including PWDs, to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. In line with the ICESCR "States should ensure that PWDS, particularly infants and children, are provided with the same level of medical care, within the same system, as other members of society".

The right to physical and mental health also implies the right to have access to, and to benefit from, those medical and social services – including orthopaedic devices – which enable PWDs to become independent, prevent further disabilities and support their social integration. Similarly, such persons should be provided with rehabilitation services, which would enable them "to reach and sustain their opti-

imum level of independence and functioning". All such services should be provided in such a way that the persons concerned are able to maintain full respect for their rights and dignity.⁹³

One of the important means for the interpretation of the articles contained in the international covenants and conventions of human rights are the General Comments, prepared by the supervisory bodies. Although general comments are not binding, they represent the official view of the proper interpretation of the relevant provisions of international legal covenants.

In line with the General Comment, No. 5 of the UN Committee on Economic Social and Cultural Rights, the Covenant does not refer explicitly to PWDs. Nevertheless, the Universal Declaration of Human Rights recognizes that all human beings are born free and equal in dignity and rights and, since the Covenant's provisions apply fully to all members of society, PWDs are clearly entitled to the full range of rights recognized in the Covenant. If special treatment is necessary, States Parties shall take appropriate measures, to the maximum extent of their available resources in order to enable such persons to seek to overcome any disadvantages caused by their disability, in respect of the rights specified in the Covenant. ⁹⁴

The challenge of improving the situation of PWDs is of direct relevance to every State Party to the Covenant. While the means chosen to promote the full realization of the economic, social and cultural rights of this group will inevitably differ significantly from one country to another, no country exists where a major policy and programme effort is not required.⁹⁵

Article 25 of the Convention on the Rights of People with Disabilities (Health) also recognizes that PWDs have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States parties shall take all appropriate measures to ensure access for PWDs to health services that are gender -sensitive, including health-related rehabilitation. In particular, States Parties shall:

- a. Provide PWDs with the same range, quality and standard of free or affordable health care and programmes as provided to other persons, including in the area of sexual and reproductive health and population based public health programmes.

⁹³ General Comment № 5 to ICESCR, para. 34.

⁹⁴ General Comment No. 5 to ICESCR, para. 5.

⁹⁵ *Ibid.*, para. 8

- b. Provide the health services needed by PWDs specifically because of their disabilities, including early identification and intervention as appropriate and services designed to minimize and prevent further disabilities, especially among children and older people.
- c. Provide health services as close as possible to people's own communities, including in rural areas.
- d. Require health professionals to provide same quality care to PWDs as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of their human rights, dignity, autonomy and their needs through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care.
- e. Prohibit discrimination against PWDs in the provision of health insurance, and life insurance where such insurance is permitted by national law and which shall be provided in a fair and reasonable manner;
- f. Prevent discriminatory denial of health care, health services, food or fluids on the basis of disability.

National legislation

The RT Law on Social Security of PWDs contains the following concepts related to disabilities:

- **PWD** – a person with a serious health problem with a persistent bodily dysfunction, related to diseases, traumas and physical or mental defects, which led to a restricted living capacity and created a need for their social protection.
- **Disability** – level of limitations of living activities of a person due to health conditions because of sustained dysfunction of the body.
- **Limited living activities** – is a complete or partial loss of capacity or possibility of a person to carry out services, move independently, communicate, orient themselves, control behaviour, study and work.
- **CWD** – People under 18 years with a disability.

Depending on the level of bodily dysfunction and the living restrictions for a person recognized as disabled, a group of disability must be established for a person below 18 years of age.

Establishing disability

The examination of a disability, its reasons, duration, time of occurrence, degree of disability and categorization of persons of need of social protection is carried out by a Medical Social Expertise since 2008.⁹⁶ It is the government executive body which establishes disabilities. Before, this was the responsibility of the Medical Labour Expert Commissions (MLEC).

The SMSES carries out functions aimed at identifying the work capacity, prolonged or permanent loss of capacity, and on the basis of the health condition of a PWD, it develops recommendations on the conditions and types of work that are suitable to them. The implementation of these recommendations is compulsory for institutions and organizations, both public and private. The SMSES, together with the RT Ministry of Health, determined the conditions and methods for recovering the lost capabilities of a PWD taking into account his disability group and his/her condition. It also provides recommendations for vocational training, changes in occupations, develops the IRPs and oversees its implementation.

While carrying out the expertise, the SMSES is guided by the Instruction No. 68 on Medical-social Examination approved by RT Ministry of Labour and Social Protection on 21 August 2009 and Instruction No.11 approved by the RT Ministry of Health on 5 August 2009.

If there is a medical reason, the SMSES carries out medical and social examinations of PWDs, and establishes the cause and time of the onset of disability, and assigns a group. If there are solid grounds (medical examination results) the SMSES establishes limitations in the patient's lifestyle, the reason and time of the disability occurrence and identifies the extent of work capacity loss (in percentage terms) of the patient. For example, a disability belonging to group I, can be identified on the following grounds: need of constant support of other people as a result of the sudden deterioration in health, or as a result of illness, trauma and bodily malfunctions that have led to social disadvantages.

A group II disability II is established for patients with restrictions in living abilities due to health condition resulting from trauma. Similarly, people from group II can undergo vocational training or training under certain programs in special educational facilities, in special groups for PWDs, within the framework of home-based individual programs, including if there is a need for using special devices (except for hearing impaired people).

⁹⁶ Regulation No.601 on the SMSES of 2 December 2008.

Point 20 (b) states that a group II disability is established for people who are prohibited from working for long periods of time, such as those who have suffered repeated heart attacks or have poor eyesight. The restrictions daily living implies the need of constant help from other persons to carry out certain activities (such as cleaning, cooking, washing, etc). The instruction sets the duration of the established disability. A group I disability is recognized for a period of 2 years, while for groups II and III it is provided for 1 year. Lifelong disability is provided to PWDs who are victims of the Chernobyl disaster.

Recurrent (repeated) examination to establish a disability group is carried out a month prior to expiration of the set term. For women over 58 years and men over 63 years a repeated examination is carried out with no specific time frame.

Benefits for free medical care and resort treatment

RT citizens have the right to health protection. They are provided with free of charge medical assistance in public medical facilities as prescribed by the legislation [...] Citizens have the right to freely choose the medical facility or doctor that will treat them.⁹⁷

A violation by an official of the regulations on health protection established by law is punishable by a fine between 10 to 20 indicators for the calculation.⁹⁸The Law on Social Protection of PWDs provides a number of benefits for them: PWDs are entitled to free of charge or on beneficial conditions medical care in public medical and social institutions as established in national legislation.

On the basis of an SSMES decision, PWDs have the right to free or preferential sanatorium treatment, obtaining permits and free travel to a treatment place as established by the government. Unemployed PWDs, including those who are in hospitals, are provided with passes to undergo sanatorium treatment provided free of charge by the authorized state body for social protection of disabled people, or by organizations that have to compensate damages caused to their health condition. Employed PWDs have the right to free passes for sanatorium treatment discounts of 50% off the original price.

The rules on providing PWDs with treatment in sanatoria were approved on 3 December 2011, by government resolution No. 603. According to the rules, the local bodies of the State Agency on Social Protection, Employment and Migration, under the RT Ministry of La-

⁹⁷ RT Law on Health Protection, article 22

⁹⁸ Code of Administrative Offenses, Article 110

bour and Social Protection, provide sanatorium treatment to PWDs, as well as their rehabilitation.

Indications and contraindications for treatment at all resorts and sanatoria of Tajikistan are established by the Ministry of Health. Tajik citizens are entitled to receive medical, as well as prosthetic and orthopaedic aid in other countries. If there is a specialised healthcare provider who provides an opinion that such aid is needed, the government authorities shall provide assistance in receiving this aid according to the procedure established by the government.⁹⁹

Rehabilitation equipment

The rehabilitation equipment for PWDs includes special devices used for compensation or removal of serious constraints to the daily activities of PWDs.

2. Rehabilitation equipment for PWDs includes:

- Mobility equipment
- Special self-service equipment
- Special body care products
- Special orientation, communication and information– exchange devices
- Special devices for education, training (literature for the blind) and work
- Prostheses (such as prosthetic and orthopaedic appliances, orthopaedic footwear and special clothing, artificial eyes and hearing aids)
- Special fitness and sports equipment, sports facilities.

3. Only a medical authority can establish the need for rehabilitation equipment for a PWD.¹⁰⁰ One should point out that the RT Law on Healthcare for the Population also guarantees provision of medication, orthopaedic and prosthetic aid to citizens. PWDs are eligible for preferential provision of medicines, orthopaedic and prosthetic, corrective appliances, hearing aids, remedial gymnastics facilities and special mobility aids. The government establishes the conditions and procedures for such provisions.¹⁰¹

⁹⁹ RT Law on Healthcare for the Population, Article 29.

¹⁰⁰ RT Law on Social Protection of PWDs, Article 13.

¹⁰¹ RT Law on Healthcare for the Population, Article 24.

On 3 December 2011 Resolution No. 604 approved a local regulation on social protection for PWDs, the “Rules for provision of disabled people with rehabilitation equipment.”

The Law on the Healthcare for the Population (article 34) contains regulations on receiving medical and social aid by CWDs. Thus children with physical or mental impairments are entitled to receive medical and social assistance. And at the wish of their parents, guardians or caregivers they can be placed in government-funded specialised preschool institutions, boarding schools, orphanages and foster homes.

The RT Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Protection have identified a list of medical and social conditions and contraindications for placement of disabled children. When sick, children need in patient treatment; in this case their mothers (fathers) or other person providing direct care to the child are given the opportunity to stay with the child in the hospital. The appropriate allowance is paid according to provisions established by in national legislation.

The procedure for staying in the above-mentioned health facilities is identified by the RT Ministry of Health. In the absence of the medical conditions for in-patient treatment, or if hospitalisation for the sick child is not possible, his/her mother (other family member) or any other person providing direct care to the child, is given time off from work for the period of out-patient treatment, and a care allowance is paid as per the provisions established in national legislation.

For groups of children with specific disorders out-patient treatment is provided and the prescribed medications are given either free of charge or at reduced rates, as per the provisions established in national legislation.

The Programme for Training Healthcare Personnel in Tajikistan for 2010-2020 was approved by government Resolution No. 600 on 31 October 2009. According to this programme a lack of doctors was observed in 7 regional hospitals and 90 rural health centres. In over 25 towns and districts in the country there was a lack of neurologists, psychiatrists, specialists in tuberculosis, cardiologists, oncologists, ophthalmologists, endocrinologists, family doctors, medical technicians, as well as a lack of radiographers and pathologists. Unfortunately, no note was taken in this programme of the lack of such specialists as audiologists, orthopaedists, speech therapists, speech pathologists and others needed as a rule by PWDs and CWDs.

Analysis of the compatibility of national legislation with international standards in the field of access of PWDs and CWDs to medical services

Poverty is a pervasive barrier to participation in social life all over the world, and is both a cause and a consequence of disability. Families living in poverty are much more vulnerable to sickness and infection, especially during infancy and early childhood. They are also less likely to receive adequate health care or to be able to pay for basic medicines or school fees. The costs of taking care of a child with a disability create an additional hard-ship for the family, particularly for mothers who are often prevented from working and contributing to the family's income.¹⁰²

From the 200 million children living with disabilities, few of those living in developing countries have effective access to health and rehabilitation or support services. For example, they may miss out on vaccinations, or treatment for a simple fever or diarrhoea, which are easily curable illnesses, but can become life threatening if left untreated. Mortality for CWDs under five can be as high as 80% in some income-poor countries. Children with severe disabilities may not survive childhood because of a lack of basic primary health care facilities. In addition, rehabilitation services are often concentrated in urban areas and can be very expensive. Even the simplest aids and appliances to reduce the impact of a child's impairment may not be available.

Many medical decisions made around the world make one conclude that the life of a CWD is worth less than a 'normal' child. There are documented cases of physicians in both income-rich and income-poor countries who have chosen to deny children with disabilities access to essential operations. In extreme cases, doctors, sometimes backed by the courts, have refused to intervene to save the life of a CWD, even when the child's parents have sought such an intervention. Studies have also suggested that physicians may withhold medical and rehabilitative services from people with severe impairments because of assumptions that they are too severely disabled to benefit.

In other respects, health care providers may lack awareness of underlying causes that have a persistent influence on the health and well being of PWDs. A World Fit for Children, a UNICEF document adopted by the UN General Assembly Special Session on Children in October 2002, makes a clear reference to the rights of CWDs, especially regarding protection from discrimination, full access to services, access

¹⁰² Promoting the Rights of CWDs, Innocenti Digest N° 13.

to proper treatment and care, as well as the promotion of family-based care and appropriate support systems for families.

In 2001, WHO published a new International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The practical usage of the ICF is the application of alpha and numeric codes to describe and measure differences in body structures, functions, activities, as well personal and environmental factors. Together the codes can be used as coordinates to show the functioning of the individual at one point in time and serve as a reference for future evaluations.

The right to health is an inclusive right. We frequently associate the right to health with access to health care and the building of hospitals. This is correct, but the right to health extends further. It includes a wide range of factors that can help us lead a healthy life. The right to health provides opportunities to use certain rights:

- The right to a system of health protection that provides equal opportunities for everyone to enjoy the highest attainable level of health possible.
- The right to prevention, treatment and control of diseases.
- Access to essential medicines.
- Maternal, child and reproductive health.
- Equal and timely access to basic health services.
- The provision of health-related education and information.
- Participation of the population in health-related decision-making at the national and community levels¹⁰³

“The right to health of PWDs cannot be achieved in isolation. It is closely linked to non-discrimination and other principles of individual autonomy, participation and social inclusion. PWDs face various challenges to the enjoyment of their right to health. For example, persons with physical disabilities often have difficulties accessing health care, especially in rural areas [...]”¹⁰⁴

The right to health requires in particular studying of the overall access to basic medicines and whether the treatment is conducted on the basis of the free and voluntary consent of the PWD [...]¹⁰⁵

“The Convention does not include a definition of disability of PWDs in the strict sense, but rather provides some guidance on the concept of “disability” and its relevance to the Convention. The

¹⁰³ Right to Health, Factsheet № 31, UN OHCHR, WHO, p.4

¹⁰⁴ Ibid., p. 24

¹⁰⁵ Ibid., p. 27

preamble clearly endorses a social approach to disability—referred to as the social model of disability—by recognizing that ‘disability is an evolving concept and that disability results from interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others.’ The explicit reference to the barriers that are external to the subject, as constituting factors of disability, represents an important step away from the notions that limited disability to the sole existence of functional limitations. Accordingly, Article 1 states: ‘PWDs include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others’ (emphasis added). From this perspective, the participation in society of PWD— be it having a job, going to school, visiting a doctor or running for elections—is limited or excluded not because of their having an impairment, but because of various barriers, which might include physical barriers, but also legislation and policies in some cases.”¹⁰⁶

The national legislation of Tajikistan recognizes “the extent of the limitations of a person’s capacities due to chronic health problems and dysfunction of the body.” (RT Law on Social Protection of PWDs, Art. 1). Hence the national legislation adopts a "charitable" approach towards PWDs, involving social, medical and other care for PWDs. Such an approach is reflected in numerous international documents in the sphere of protection of PWD rights, adopted prior to the Convention on the Rights of People with Disabilities. For example, according to the Declaration on the Rights of PWDs, the term "disabled person" implies any person who cannot have a normal private and/or social life due to the limited capacity of his/her physical/mental capacities.

One of the positive aspects that need to be pointed out is the fact that the elaboration of the implementation mechanisms for rehabilitation of PWDs, established in the Law on Social Security for PWDs, began to be implemented at the end of 2011, and included:

- Rules on treatment in sanatoria
- Rules on providing PWDs with technical means for their rehabilitation.

¹⁰⁶ Ibid., p. 15

Unfortunately, practice shows¹⁰⁷ that the personnel of the employment agencies in target districts, for the greater part, are either partially or not fully aware of the newly adopted Rules on Treatment in Sanatoria and the Rules on the technical means of rehabilitation for PWDS, and other changes in the legislation. While dealing with PWDs, medical personnel refuse to provide them with technical devices for their rehabilitation or passes for treatment in sanatoria. They do this without giving a clear justification for their refusal based on the applicable law.

At the same time the Rules referring to sanatorium treatment for CWDs who are below 18 is carried out as prescribed by a health care centre in the community where the child resides. But health care centres are not aware of these benefits, which lead to a significant gap between benefits declared in legislation and their application on the ground.

Another artificial barrier hindering the implementation of the benefits is the fact that according with the Rules on Sanatorium Treatment a copy of an IRP has to be attached to the pass. But, during the project's monitoring, respondents said this document was not available in Sughd province (and in Tajikistan as a whole) for both PWDs and CWDs. This requirement could in theory serve as a formal reason for refusing to treat a PWD in a sanatorium.

Currently the Psycho-Medical Pedagogical Commissions (PMPC) function in Dushanbe, Khujand, Isfara district in Sughd and Kurgan Tube in Khatlon. It is made up of a wide range of specialists on different development problems, including social workers and teachers specialized in this area. The main objective of the consultations are to examine children under 18 and identify their special development and living needs, while at the same time identifying approaches and types of education that could fit the individual need of the child.

Despite its field activities, in reality these facilities have several problems:

- Lack of speech pathologists and specialists for the deaf, psychologists
- Lack of consultants on psychological, medical and pedagogical issues in specialized institutions.
- Lack of preschool facilities for CWDs.
- Lack of early intervention facilities within medical institutions.

¹⁰⁷ Analytical summary of lawyers providing mobile legal consultations to PWDs and parents of CWD, 2012

One of the key defining factors for comprehensive support of CWDs is the organization of preventive actions, aimed to decrease the health risks for newly born children and infants. Currently, the majority of mothers, children and teenagers in Tajikistan do not have access to health care and are not provided with any kind of medical assistance. In some places there are people who were simply not examined because of a lack of proper medical services.¹⁰⁸

One of the ways of resolving problems of the lack of medical assistance is to enlarge the scope of rights and possibilities for PWDs, allowing them to manage their health condition by attending self-help courses, mentoring and dissemination of knowledge. In the long run this may reduce expenses on medical assistance and treatment in sanatoria.¹⁰⁹

¹⁰⁸ National concept of inclusive education for CWDs in the Republic of Tajikistan for 2011-2015, approved by government Resolution No.228 in 30 April 2011.

¹⁰⁹ Global Disability Report.

V. GENDER AND PWDS

It is well established that WWDs are subject to double and even triple discrimination being women, disabled and, very often, indigent. It is often the case, that PWDs are usually regarded as genderless people.¹¹⁰ Furthermore, a WWDs as a rule possess lower literacy levels than men, and consequently a greater percentage are unemployed compared to men with disabilities (MWDs).

The Convention on the Rights of PWDs has several provisions aimed at protecting WWDs. In particular Article 6 of the Convention is dedicated to WWDs and stresses that women and girls with disabilities are subject to multiple discrimination. It asserts that countries should take measures to ensure the full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms. States parties should take all appropriate measures to ensure the full development, advancement and empowerment of women, with the aim of guaranteeing them the exercise and enjoyment of all human rights and fundamental freedoms set out in the present Convention.

Apart from Article 6, in articles 8, 16, 24 there are provisions on such issues as the elimination of stereotypes, violence and the necessity to enhance access of CWDs (including girls) to education. Furthermore, article 3 states that one of the principles of the convention is the notion of equality between women and men. Similarly, articles 23 and 25 of the Convention mentions the right to a family and private life and the right to health, including the gender aspect of these rights. Prior to the adoption of the Convention on the Rights of PWDs, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) provided the principle of equality of men and women and the prohibition of discrimination, including against disability, in several articles.

Moreover, the CEDAW Committee adopted two General Comments, No. 18 and No. 24, referring to WWDs. The Committee recommends State Parties to inform the Committee in their national reports on the measures undertaken to guarantee the implementation and protection of the rights set by CEDAW for WWDs. Furthermore, the General Comment No.18 recommends undertaking activities that will

¹¹⁰ O'Reilly.

provide equal access WWDs to education, employment, medical and social services, guaranteeing the participation of WWDs in political, social and cultural activities.

Statistics

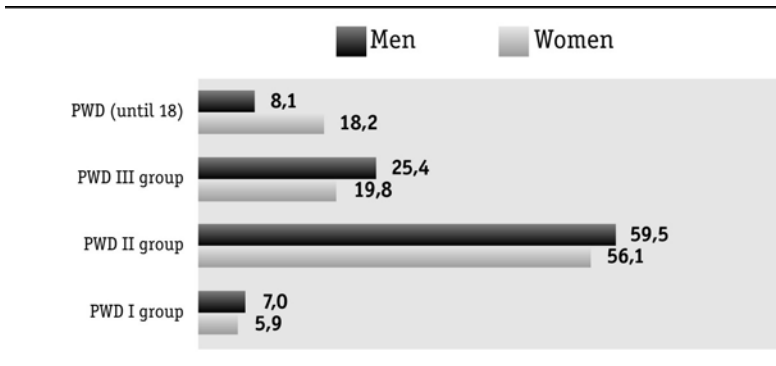
As indicated in official statistical data of Sughd province, there are 5, 013 PWDs registered in the province, 55% are men (or 24, 869) and almost 45% are women (or 30,162).

**Table 4. Total number of PWDs in Sughd Province
(Breakdown by gender)**

Sughd Province	Total	Women	Men
Total amount of PWD registered in Sughd province	55,031	24,869	30,162
PWD 1 group	3,579	1,476	2,103
PWD 2 group	31,896	13,952	17,944
PWD 3 group	12,584	4,920	7,664
CWD (below 18)	6,972	4,521	2,451

There are large numbers of PWDs from groups II and III and CWDs. If a review of the data on all registered PWDs in Sughd province by gender and group is made, one can trace significant differences between boys and girls with disabilities. This gap is almost 7% in favour of boys, while in other groups the gap between men and women is smaller ranging from 1% to 6%.

Diagram 1. Total number of men and women PWDs in Groups I to III and youths under 18



One can conclude that the efforts on social protection (including budgets) for PWDs in Sughd province should be more oriented towards PWDs from group II. When reviewing the gender component, it is clear that the high number of girls under 18 years with a disability underscores the need to develop special policies aimed specifically at this group.

As to the districts monitored, the total number of PWDs is 30,120 which is more than 50% of the overall number of PWDs registered in Sughd province, and there are more women than men.

Table 5. Total number of PWDs in districts when conducting the monitoring. (Breakdown by gender and disability group)

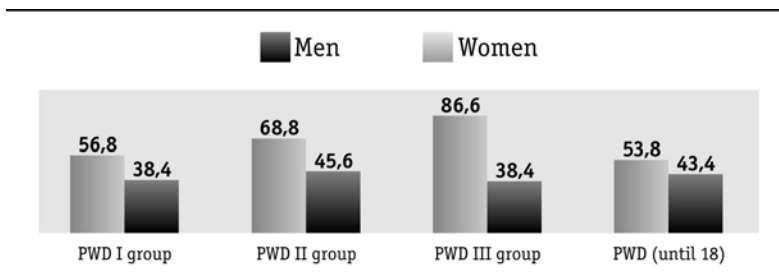
District	Total PWDs		Group I		Group II		Group III		CWDs (under 18)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Khujand	2,890	3,845	152	123	1,977	2,383	512	1,056	249	283
Bobojon Gafurov	4,567	5,043	121	282	3,814	2,383	285	1,792	3,47	587
Ganchi	1,733	1,526	111	128	838	746	546	408	238	244

Istravshan	2,980	2,961	243	197	1,791	1,432	868	546	78	786
Isfara	2,244	2,331	180	109	1,183	1,233	729	457	152	532
Total men and women	14,414	15,706	807	839	9,603	8,177	2,940	4,259	1,064	2,432
Total PWDs	30,120		1,646		17,780		7,199		3,496	

Similarly to provincial-level statistics, there were more PWDs from group II.

A comparative analysis of the gender statistics for PWDs indicated that in the monitored districts over 86% are women from group III lived here out of the total number of WWDs in Sughd province.

Diagram 2. Number of PWDs in the monitored districts (Breakdown by gender and group, in %)



VI. ANALYSIS OF AVAILABLE STATISTICAL DATA

Table 6. Number of registered PWDs and CWDs in Sughd province

Sughd province	Total	Women	Men
Number of PWDs registered in Sughd province	55,031	24,869	30,162
Number of PWDs from group I	3,579	1,476	2,103
Number of PWDs from group II	31,896	13,952	17,944
Number of PWDs from 3 group III	12,584	4,920	7,664
Number of minors with disabilities	6,972	4,521	2,451

Table 7. Number of PWDs and CWDs registered in Khujand, Isfara, Ganchi district, Bobojon Gafurov and Istravshan districts

District	Number of PWDs			Number of PWDs from group I			Number of PWDs from group II			Number of PWDs from group III			Number of CWDs under 18		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Khujand	6735	2890	3845	275	152	123	4360	1977	2383	1568	512	1056	532	249	283
Bobojon Gafurov	9610	4567	5043	403	121	282	6196	3814	2382	2077	285	1792	934	347	587
Ganchi district	3259	1733	1526	239	111	128	1584	838	746	954	546	408	482	238	244
Istravshan	5941	2980	2961	440	243	197	3223	1791	1432	1414	868	546	864	78	786
Isfara	4575	2244	2331	289	180	109	2416	1183	1233	1186	729	457	684	152	532

Pension provision

A disability pension is provided to 36,865 PWDs. On average, the pension is 108.47 Somoni (nearly US\$ 22), which is 15.24 Somoni less than last year (2011).

Since last year, the number of employed PWDs has increased by 60 people and is 4,536.

The amount of a monthly social allowance for CWDs is 99.34 Somoni (nearly US\$20).

In accordance with decision No. 40, of the Chairman of Sughd Province from 6 February 2012, PWDs who took part in the Chernobyl disaster cleanup (280 people) will be provided with a monthly pension of 20 Somoni (nearly US\$ 4). The total amount of allocations this year for these purposes was 67, 200 Somoni.

The participants of the Great Patriotic War who became disabled as a result of protecting the country, and other equivalent persons, are provided with 25 Somoni (US\$5) a month, based on the decision No. 35 of the Chairman of Sughd Province on 6 February 2012 (a total of 367, 200 Somoni per year).

Distribution of technical rehabilitation devices

Within the framework of the project, we requested the head of the State Agency on Social Protection, Employment and Migration of Sughd province to provide us with statistical data for 2011 and 2012, related to the provision of technical rehabilitation devices to PWDs (wheelchairs, crutches, walking frames, etc). We received the following letter in response:

The RT Ministry of Labour and Social Protection gave 136 wheelchairs to the head of the Department of the Agency of Social Protection, Employment and Migration of Sughd province. All 136 wheelchairs were distributed to PWDs.

During the current year, [the ministry] jointly with the branch of a prosthetic factory, [gave] 25 PWDs received permits to get prosthetic devices, 620 PWDs were provided with special orthopaedic shoes, 2 PWDs with walking frames, 270 PWD with crutches, and another 34 more PWD are waiting their turn for a prosthetic device.

Within the first three months of 2012, the head of the State Agency on Social Protection, Employment and Migration in Sughd province had provided 77 PWDs with wheelchairs with the support of the local authorities, entrepreneurs and other donors. Currently, 36 PWDs are expecting to get wheelchairs.

Within the first three months of 2012, 26 PWDs were provided with prosthetic permits, 158 received special orthopaedic shoes, 4 received crutches and 33 prosthetic devices were repaired; 21 PWDs are expecting to get prosthetic devices, 8 walking frames and 147 crutches.

VII. RIGHTS OF CWDS TO AN EDUCATION

1.1 INTERVIEWS WITH CWD PARENTS

Access to schooling

Fifty-nine percent of children attend educational facilities. The majority (56%) attend secondary schools; the others attend specialized boarding schools. A vast majority of parents (90%) whose children attend general education schools, noted that they had never faced any difficulties when their children were being admitted to the schools. Only 10% said that they had difficulties, for example, the refusal of school administrators to enrol their child.

The Medical Pedagogical Commission had referred almost all children to the schools. Some parents received the referral from the department of education. Out of the total number, 44% of the children study close to home, 36% said that they need considerable time (from 30-40 minutes up to an hour to walk to school, or 20-30 to 90 minutes by car); 15 % of children are taught at home. Schoolteachers give lessons for 2-3 hours, twice a week. The lessons cover the following subjects: native language, literature, mathematics and history. Only a few parents are paying the teachers.

Out of all 179 children, 22%, or 40 children, are not getting any kind of education (they do not attend schools, boarding schools and receive home schooling). Their parents said that the reason for this was the fact that their child was seriously retarded hence incapable of learning. Some parents did not want anyone to come to their house to teach their children.

Half of the children (53) attending educational facilities require different means of rehabilitation (wheelchairs, special places for children with diseases of the supporting and motor apparatus, devices for reading and hearing aids). Out of them, only 17 children have been provided with the necessary means of rehabilitation in their educational facilities, namely: special literature for visually impaired children and glasses. The other half of children (54) attending educational facilities do not need any special means of rehabilitation in schools and boarding schools.

Eighty-seven percent of interviewed parents said that the personnel in the educational facilities treat their children well, 6 % noted that the attitude was indifferent and 2% said that the attitude towards their children was bad. Almost all parents (97%) said that other children studying in educational facilities treat their children well and were friendly. Only 3% said that other children treat CWDs indifferently.

Nine percent of parents attend individual classes provided by specialists to train them on how to take care of CWDs. Some parents indicated that such classes were provided by associations of parents of CWDs. Some parents indicated that they attended classes provided by speech doctors and physiotherapists; 91% responded that they do not attend such classes either because there were no classes, or because they had never heard of them.

The majority of children (73%) that attend educational facilities take part in different school events and out of school activities like concerts, competitions and other group activities, on an equal basis with other children.

The majority of parents (84%) do not have any official expense related to the education of their child; 20% provided formal payments from 5 Somoni to 35 Somoni, 2 people were paying officially 120 Somoni a month; 42% were facing unofficial expenses related to their child's education. Parents said that they pay from 1 to 200 Somoni per month. The vast majority of these informal fees (67%) are used for classroom-related expenses: renovation, stationery purchases, school funding, competitions, purchase of posters, etc.; 27% noted that the funds were for studying manuals for children; and 20% of parents said that payments were provided for feeding children. Only 18% of the respondents knew about the IRP and had mainly heard of it from other parents. Not a single child had had an IRP.

VIII. RIGHT TO SOCIAL WELFARE

INTERVIEWS WITH PWDS

Almost all interviewees (96%) received pensions of different amounts: from 45 to 450 Somoni. In the meantime the vast majority of interviewed (87%, more than half were women) said that the pension amounts were not sufficient at all for their needs. Only 5% of the interviewees said that the pension amount was sufficient. Most of the interviewees, receive a social pension (50%, mainly women), a retirement pension was received by a lower number of respondents (36%), while the remaining 14% did not know which pension they received.

Ninety-four percent of the respondents needed care. This care was provided by relatives, (85%, out of them, 60% were women and 25% were men), a guardian – 1 % (3 women and 1 man) or parents (1 woman). There were people among the respondents who were alone and nobody took care of them – 2% (1 man and 4 women). Similarly, 6% of the respondents noted that they do not need any care.

More than half or interviewed (58%, women twice as more as men) do not have any dependents; 1 to 5 people (mainly parents and children) have dependents (42% of respondents, mainly women).

It should be noted that almost all of the respondents (88%) use a variety of benefits, and some – multiple benefits simultaneously: benefits for housing and water in a 50% confidence rate, telephone, electricity, taxes, in the form of compensation; 12% of respondents do not have or do not have benefits.

More than half of the interviewees (53%, of whom 37% women and 16% men) do not know about their entitlement to rehabilitation devices (wheelchairs, crutches, canes, hearing aids, etc.); 46% of all interviewees know of this right, and the number of men and women who are aware of this is the same; 15% (equal number of men and women were aware of their right) applied to the department of social welfare and the local authorities to get the necessary rehabilitation devices. Others never applied because they did not need any, or their parents had bought a wheelchair. Out of those who applied for rehabilitation devices to the authorities, 9 % were provided with the requested device, 3% got refusals and others did not need one.

The majority of interviewees (89%, 57% women and 32% men), did not know anything about the IRP and were hearing about it for the

first time at the interview. Only 11% of those interviewed knew about the services (7% women and 4% men), however they had not had one. These respondents mainly resided in Khujand and Bobojon Gafurov.

INTERVIEWS OF PARENTS OF CWDS

Almost all interviewed parents (97%) received a social allowance for children ranging from 72 to 110 Somoni. In average, the majority of parents received 100 Somoni. 6 people did not receive allowances, as they never applied to get one.

More figures: 75% of respondents said that their monthly allowance was not at all sufficient for the needs of their child (treatment, food, clothing, etc); 17% noted that the allowance rather insufficient; only 3% (6 people) of the respondents in Ganchi district said that they were completely satisfied by the amount of the allowance.

IX. RIGHT TO HEALTH CARE

1. INTERVIEWS WITH PWDs

Medical assistance due to disability

The people interviewed asked for medical assistance at different times. Thus, 36% of the interviewees, the majority women, asked for medical assistance due to a disability once every six months, 26% of the interviewees, (mainly women) once every three months, 16% once a year, and only 5% (mainly women) once a month. However, 5% of respondents (equal number of men and women) had never required medical assistance due to a disability. Moreover, one interviewed woman noted that she required assistance once a year, but could not afford it. All interviewees visited public medical facilities for medical assistance, but only 8 persons visited both public medical services and private ones (7 women and 1 man).

Other figures: 78% of respondents 51% women and 27% men had their own doctor. These were mainly respondents from Khujand and Gafurov, with the exception of one respondent in Ganchi and one in Isfara. A total of 23% of the interviewees have not been to any doctor at all, all were mainly women.

Forty-two percent of the respondents (twice as many women) noted that polyclinics were not far from their homes if using transport, 28% (slightly more women than men) said that polyclinics were walking distance from their homes. Only 7% of the interviewees (5% women and 2% men) said that the polyclinics were nearby, and 17% (equal number of men and women) said that the polyclinics were far, even if using transport. The remaining 6% do not use polyclinics at all and therefore did not know how far they were located from their homes.

Payments for medical services

The majority of the interviewees (88%) did not pay officially for services provided in polyclinics (55% women and 33% men). Only 12% of the respondents (mostly women) said that they made official payments. The people providing formal payments indicated they paid from 5 to 20 Somoni for the consultation of a doctor and from 0.5 Somoni to 10 Somoni for lab tests and other procedures like massages, drip injections, physiotherapy (including electro cardiographs).

More people provided informal payments than those who paid formally. Formal payments were provided by 12% of the interviewees and informal payments by 56% (mostly women). Moreover, they paid larger amounts informally for the services listed above. For instance, for a doctor's consultation they pay from 5 to 120 Somoni, for blood and urine tests from 3 to 20 Somoni and for procedures from 2 to 100 Somoni per procedure. The respondents who made unofficial payments said that they paid 100 Somoni to dentists, 25 Somoni for registering in the hospital, 5 Somoni for fluorography and 5 Somoni for hair cuts (a man with disability (schizophrenia) has regular treatments and relatives were asked to pay for his hair cuts. Unofficial payments were never provided by 42% of the respondents (28% women and 14% men).

When asked whether respondents got medicines free of charge, or if they had to pay, 40 respondents in Khujand said that medicines were provided free of charge, 53 said that they paid. An equal number of men and women provided such responses. One respondent said she paid periodically 200 Somoni for medicines. Respondents from B. Gafurov, 40 women and 21 men, said that they paid to receive medicines. Only 5 female interviewees and 1 man received free medicines. One woman made partial payments for medicines, while 51 and 54 respondents in Ganchi noted that they paid for medicines (35 women and 16 men). One woman paid partly for medicines and three people (2 women and 1 man) had received medicines free of charge. All the respondents in Isfara said that they had to pay for medicines, with the exception of two women.

People who receive medicines free of charge so when they really needed them -- once a month, once every three months or once every six months. Doctors at the hospital or polyclinics usually provide a prescription for free medicines. All respondents from Khujand said that medicines in a prescription were generally available in government pharmacies. Respondents from other districts noted that there were no such medicines in these pharmacies and only 5 respondents (3 women and 2 men) from Gafurov, Isfara and Ganchi said that medicines were brought to their homes.

On the question whether the medicines provided were enough for one month of treatment, the responses varied depending on the district. Almost all respondents from Khujand receiving free medicines said that they received enough medicines, only one woman and one man said that the medicines provided were not sufficient for one month. In other districts the vast majority noted that the medicines

provided were not sufficient for one month, only two women said that they received a sufficient amount of medicines.

All respondents from Khujand and Isfara, who were receiving free medicines, were satisfied by the quality of the medicines in question, and deemed the medicines to be of good quality. All respondents from Bobojon Gafurov and Ganchi receiving medicines free of charge were rather dissatisfied by their quality noting that cheap medicines were distributed.

Attitude of medical staff

Most people, 87%, had to undergo examination or in patient treatment (56% women and 31% men). Only 13% of the respondents, mostly women had, never undergone an examination or in patient treatment. Out of those treated or examined, 82% were told about the results of the examination (53% women and 29% men), 9% were not informed about the results (equal number of men and women).

Other figures: 56% of the respondents described the attitude of the medical staff as good – (slightly more women), 11% as very good (the majority were women); 14% and 8% of the interviewees (equal number of men and women) considered the attitude of the medical staff as either satisfactory or indifferent. Out of all the interviewees, only one woman in Ganchi said that their attitude was rude.

Treatment in a sanatorium

The majority of the respondents, 91% (mostly women), never went to a sanatorium for treatment. Only 9% of the respondents (equal number of men and women) did so either during the Soviet period, once in seven years or once every two years. Only one woman in Ganchi and one in Isfara said they went to a sanatorium every a year. In general the treatment was provided not far from where the respondent lives, or within Tajikistan, for example in the Kairakum resort. The trip and the pass were free, except for two cases when the trip was covered at government expense and the pass was partially covered by the social security institution. Of the total number of respondents, one person had taken a sanatorium treatment outside the country, once in Borjomi, Georgia, and once in Naftalan, Azerbaijan. The son of respondent had covered all the expenses.

Complaints about the bad quality of medical services

Ninety percent of the respondents (57 % women and 33% men) were satisfied by the quality of the provided medical services related

to disabilities. Only 10% were not satisfied by the quality of the medical services provided due to disability (mostly women). They were not satisfied either because they regarded the treatment as ineffective (6%), the doctor as having an indifferent attitude (3%), the medicines provided free of charge were not sufficient for a month (two men); two women did not have the opportunity to get treatment due to low pensions and many respondents complained that they paid for services.

Only two people said they had been hurt due to ineffective medical services. Two women were hurt as a result of bad procedures during in childhood. Nobody complained about the bad quality of medical services. One woman noted that to do so would be in vain.

2. INTERVIEWS WITH PARENTS OF CWDs

Access to medical services

Fifty percent of respondents indicated that their children were in need of medical assistance due to their disability once every three months. Another half stated that such assistance was needed every six months. All parents had used public medical facilities for help, but only 1% of parents interviewed had visited private medical facilities.

More statistics: 66% of parents said that they have not been to a doctor. The vast majority of parents (84%) were satisfied by the services provided to their children. More than half of the children (65%) had undergone rehabilitation measures, like physiotherapy, massages, medical treatments, etc. The parents of children who had never undertaken rehabilitation measures said these were a waste of time and that there was no need to treat their child. Some parents said that doctors themselves assured them that treatments were pointless. Some answers were related to financial difficulties and the inability to pay for the treatment. Most interviewees had treated their children within the city/district where they lived, 5% went to Khujand and 2% took their children abroad (Germany, Uzbekistan and Russia). Most parents, whose children had undergone rehabilitation measures, noted an improvement in the conditions of their children (65%). For example, some children reported feeling much better, or some learned to speak, read and write. Other parents (35%) did not notice any improvement or positive effect from the treatment and rehabilitation.

Almost all respondents (93%) did not pay formally for the services provided to their children and 7% paid for services and reported

that they had paid 1-3 Somoni for lab tests. A completely different situation was noted in regard to informal payments for medical services. The survey showed that informal payments were given by 64% of the respondents: for a doctor's consultations from 2-20 Somoni, one respondent said that he paid 50 Somoni; another that he paid between 50 dirams to 33 Somoni for a specimen collection, between 1 to 20 Somoni for performing procedures, for hearing procedures between 30 to 120 Somoni, and for surgery operations between 100 to 600 Somoni.

Eighty-seven percent of the respondents did not receive free medicines for their children, 13% said that they were entitled to free medicines for them. The majority of the respondents said that the medicines provided were not sufficient for the treatment of their children, and that they have to buy additional ones. Some parents said that they were provided with free of charge medicines, -- for example, like paracetamol and other painkillers, -- but they were useless as they were not those needed to treat their child's illness.

The vast majority of the respondents (73%) were satisfied by the services provided, 27% were not satisfied, and half of them deemed the treatment to be effective; while others thought that all services had to be paid for, medicines were expensive and medicines provided free of charge were not sufficient for treatment. Some people mentioned the indifferent and rude attitudes of the doctors and other medical staff.

When asked whether any damage was caused to their child's health by the bad quality medical assistance 1.5% (3 people) answered positively mentioning wrong vaccinations, inadequate treatment and incorrect removal of plaster, which actually led to a disability in one instance. Only in one case was a complaint submitted to the head of medical service, although no measures were taken by the medical facility.

Most children, despite their physical disability, are mentally sound, and if provided with good medical, psychological and pedagogic assistance, could become active members of society, attend school and obtain vocational training. Special psychological and pedagogical assistance is needed for both parents and children. Special training is necessary for teachers on how to work with these children. An inclusive approach to education also needs to be promoted, which would help resolve any problems that arise during the learning process.

3. INTERVIEWS WITH PERSONNEL OF MEDICAL FACILITIES

Medical assistance due to disability

All respondents from the medical facilities said that they provided medical assistance to PWDs. In most cases, this was a monthly check up (44%), a quarterly check (32%), or one done every six month (20%). Respondents sometimes received requests from PWDs for a daily or weekly check-up (28%), while 68% of the respondents said they were the regular health care providers of PWDs. One of the doctor-respondents was the regular healthcare provider from a hospice for the homeless.

Less than half of the respondents (36%) said that funds were allocated for PWD treatment, 24% said that funds were not allocated. Another 24% of the respondents (mostly respondents from Khujand and Ganchi) answered that money was provided to their facilities, but not specifically for PWD treatment. Another 16% of the respondents either did not know about money allocations for the treatment of PWDs, or said that funds were provided only for veterans of the Great Patriotic War, peacekeeping troops, and participants of the Chernobyl disaster cleanup and defenders of the constitutional order.

As to the source of funds, the answers of respondents can be divided in two— 52% noted that funds were allocated from the government budget, and 48% that funds were provided by international organizations like Project Hope, the Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria and Mercy Corps.

As to the amount of the allocated funds for each month, 8% of respondents said there was an allocation ranging from 1,000 Somoni to 2,600 Somoni, one respondent indicated that all monthly funds allocated were provided for PWD treatment, while 92% of the respondents did not know the amount of funds allocated on a monthly basis for PWD treatment. One respondent said that there was no specific budget line for this.

Payment for medical services

Personnel surveyed from medical institutions said that PWDs received several medical services. Thus 76% received medical service like doctors' consultations, 68% lab tests, 56% physiotherapy, 40% massages. PWDs were also provided with other treatments and services like hearing aids, electrocardiography, fluorography, radioscopy, den-

tal prosthetics, injections, drip bulbs and first aid at injuries. When answering this question respondents could select multiple answers simultaneously, which means there is a large difference between the number of respondents and their answers.

Most respondents (84%) said that PWDs do not pay formal fees for medical services. Only PWD from group III (8%) and others (16%) pay. Nevertheless, it was noted that PWDs usually paid for lab tests, physiotherapy and other procedures (electrocardiography, fluorography, radioscopy and dental prosthetics). Payments are made through the cashier of the medical institution and receipts are provided to patients.

Another figure: 84% of the respondents indicated that medical institutions provided free medicines for PWDs; 8% indicated that they did not; 4% said that sometimes they provided medicines to poor people. Generally, such medicines were provided once a month (24%) or once every six months (20%). The remaining 44% of the respondents provided several options as answers. For example: they said that medicines were provided based on the patient's needs, with a doctor's prescription, or as per the quantity necessary for the treatment of a patient. Medical facilities received most of the free medicines from humanitarian suppliers (72%) and from the Ministry of Health (64%). But also some medical facilities had bought them thanks to allocations from their local budgets (8%). Another 8% of the respondents noted that they did not know the source of the free medicines in their institutions.

In general, PWDs received cheap access to medicines (84%) like aspirins, paracetamol, vitamins, other drugs, fruit sugar, anaesthetics, antibiotics, antipyretics, general tonics, glucose. Along with these, PWDs received expensive medicines, which they cannot always afford to buy in their pharmacies (24%), for example medicines for oncology patients, food additives, insulin, and other drugs. Moreover, PWDs received free medicines, bandages and anaesthetics (12%) with a doctor's prescription.

Along with this, PWDs are issued and drugs are expensive and are not always available in pharmacies for their money (24%), such as for cancer patients drugs, food additives, insulin, etc. In addition, people with disabilities are given free medicines prescribed by a doctor, which are available in the health facility, as well as bandages, pain relievers (12%).

Quality of services provided

A total of 84% of the respondents noted that they had not received any complaints on the quality of medical services in their facilities. Only 16% of the respondents said that such complaints were made by PWDs. Mostly, these were related to the absence of doctors, the lack of rooms for massages, lack of recreation rooms and to a lesser extent to the lack of medicines for treatment. All respondents indicated that not a single PWD had been hurt because of unqualified medical help.

X. CONCLUSION

Summary of findings

The Law on Social Security for PWDs was adopted in Tajikistan almost a year ago. The results of the monitoring showed that most of the provisions of the law continue to be declarative. The law guarantees a large number of rights and privileges for PWDs, but they remain on paper, and are not implemented in practice.

Disability is still regarded as a medical problem in Tajikistan and a charitable approach to this issue still prevails. PWDs themselves are passive when dealing with pursuing their rights and benefits. This passive attitude can be explained as being due to the lack of awareness among PWDs of their own rights. PWDs and parents of CWDs expect to receive charity in the form of financial support, clothing or food from the government, organizations and individuals. PWD associations almost never pay attention to the legal protection of PWDs and they are not taught how to deal with the public authorities and other organizations in order to protect their rights, and they limit their efforts at obtaining irregular financial support.

Gender aspects

National legislation and policies on gender equality and social protection of PWDs lack a gender dimension. No analysis has been made of the requirements of men and women with disabilities.

2. The legislation and safeguards for women reflect the stereotypes of women's roles in the family and is not directed, as required by CEDAW, for equality, for both men and women to care for the family and children with disabilities.

Social welfare of PWDs

During the last year, the government has started to pay more attention to the social welfare of PWDs and to create implementation mechanisms aimed at ensuring a practical use of the benefits provided for this category of people. The Rules on Sanatorium Treatment and the Rules on Provision of Technical Rehabilitation Devices were approved in December 2011.

According to the monitoring results, the vast majority of respondents BWT enjoy certain privileges. In general, these benefits for

housing, utilities, and landline. Other benefits provided by law for this category of persons, not being fully realized. But still there are problems with the implementation of some benefits. For example, despite the approval of the Rules of disabled persons for treatment in sanatoria, the monitoring revealed that the benefits of passes for sanatoria are hardly used by any of the respondents. Only one respondent enjoys the benefits for free travel by minibus.

The results of the monitoring showed that most PWDs are using certain benefits. These are mainly benefits related to communal services and land lines. Other benefits for this category of people are not implemented fully. For instance despite of the fact that the Rules on treatment in sanatoria were approved, the data retrieved during the monitoring showed that none of the respondents were using it and there was only one person using the benefits of public transportation.

Currently, almost all PWDs and CWDs are covered by pensions and allowances. On average they get nearly 100 Somoni per month. However, most PWDs and parents of CWD said that this amount was not enough to cover basic food, clothing and treatment expenses. Most of the PWDs interviewed were not aware of their entitlement to receive technical rehabilitation.

Individual Rehabilitation Program (IRP)

The rehabilitation of disabled people should be carried out in line with the special individual rehabilitation program (IRP), measured by the conclusion of an authorized body of medical and social assessment.

The IRP is the only rehabilitation mechanism that ensures an adequate lifestyle and their reintegration to society. Its importance has not yet been fully recognized in Tajikistan. The IRP provides people with a disability with an opportunity to belong to society, to study, get a job and access quality medical services. Furthermore, after going through an IRP PWDs have more chances of finding suitable jobs.

The IRP is a document, which is adaptable in line with the requirements and demands of each PWD. During various events organized to discuss the situation of the disabled in RT, government officials have been informed about an approved IRP sample, which should be developed for each PWD. However until now, none of the PWD and CWD interviewees had an IRP.

In practical terms, the IRP is still not compatible with national legislation: in particular with the Law on Social Security for PWDs, which establishes clear provisions on the need for an IRP for each PWD.

Access to medical services

Almost all PWD interviewees and parents of CWDs visited public medical facilities for medical services. Most of respondents did not pay for medical services provided at polyclinics. Unofficial payments were provided by half of the PWD interviewees. The payments were made for consultations, lab tests, massages, etc.

However only a third of interviewed personnel from medical facilities indicated that their facility received private payments from PWDs. Some of them thought that funds were provided from the government budget and others that funds were provided by international organizations. Almost nobody knew the amount allocated for the treatment of PWDs and the amount actually spent for PWDs.

PWDs and parents of CWDs face significant difficulties related to free of charge medicines and treatment. Sometimes government pharmacies, from where they buy their medicines, do not have supplies. Apart from Khujand, in other districts the majority of interviewees said that the medicines provided were not sufficient for the treatment.

Many respondents who had been treated for a disability in a hospital noted the good attitude on the part of the medical personnel. Almost all PWD and parents of CWDs were satisfied by the quality of services provided. Nevertheless, some parents of CWDs thought that treatments were ineffective and complained about the fact that that all services had to be paid for. Medicines provided free of charge were expensive and the majority of medicines were not enough for treatment.

Access of PWDs to secondary schools

At the moment some improvement in terms of the access of CWDs to secondary school has taken place. In 2011 the National Concept on Inclusive Education for CWDs for 2011-2015 was adopted in Tajikistan. The results of the project monitoring showed that half of the interviewed parents of CWDs said their children attended secondary school and most parents said they had never faced any difficulties in having their children admitted to school. Only a small percentage of parents (10%) reported that school administrators refused to enrol their children. Most parents of CWDs noted the good attitude of school personnel and other children. However, almost all parents noted the lack of special courses for caring for CWDs.

The survey showed that the vast majority of parents of CWDs did not have any formal expenses for their children's. But the situa-

tion with informal payment was different: almost half of the interviewed parents make informal payments at school. The payments are mainly used for classroom needs, such as purchasing posters, stationery, for renovations, events, etc.

A total of 15 % of the children are home schooled. Teachers from nearby schools visit them several times a week and conduct classes for an average of two hours. The survey showed that almost no parents paid for these classes. Over one-fifth of CWDs (22%) of interviewees were not receiving any education at all: they do not attend schools, boarding schools and are not home schooled. The reasons indicated by their parents were that their children were incapable of learning due to their disability and they did not want to have strangers (teachers) come to their homes.

As indicated in the Concept on Inclusive Education for CWDs, specific groups of CWDs -- hearing- and visually-impaired children and retarded children -- study at specialized institutions. The inclusion of CWDs in the secondary school system as a policy is implemented in an ad hoc fashion in Tajikistan: it is applied individually and is not systematized. Schools are not equipped for CWDs, both in terms of physical access and personnel and materials.

Despite the fact that the legislation complies with international standards in the field of education and promotes CWD education in general educational facilities, in practice the priority is still given to specialized education. During the Medical Pedagogical Exam the doctors and other medical personnel often display a lack of understanding towards CWDs and after a superficial interaction with the child, conclude that the child cannot attend secondary school.

RECOMMENDATIONS:

General Recommendations for amendments to the legislation:

1. Ratification of the Convention on the Rights of People with Disabilities.
2. Development and adoption of the National Program on protecting the rights of PWDs, their reintegration into the society and the appointment of PWDs to the civil service.
3. Introduction of the necessary additions to the Law on Social Protection of PWDs and to the Law on the Rights of Citizens to Access Information by regulating the access of PWDs to information (through the use of programs with hearing aids, special literatures, signs with the Braille alphabet, etc.)
4. Develop and adopt new legislation criteria for disabilities according to international standards (including the International Classification of Functioning (ICF)) and exclude disability criterion in determining disability.
5. Development of employment programs for PWDs.
6. Legally establish special rules and standards for the construction of buildings and structures, subject to the needs of the PWDs and supervise their implementation.
7. Introduction of the responsibility to construct objects by owners without consideration of PWD needs in the Code of Administrative Offences and also for the approval of construction schemes without consideration of PWD needs.
8. Amendment of the tax laws and the Rules on issuing patents to physical persons working as an entrepreneur, without their need to establish a legal entity, for the purpose of tax benefits for PWDs. Incentives for PWDs in obtaining patent and licenses for business activities also need to be introduced.

Procedures for establishing a disability

Establish a SMSES in each district (for instance there is no SMSES in Isfara and the commission for re-examination has to come from Kanibadam). This service can be established on the premises of existing medical facilities).

Simplify the examination process for PWDs (simplify the collection of documents, decrease the number of medical facilities to be visited, and eliminate other barriers).

Right to Education of CWDs

- Continue introducing the program of inclusive education for CWD
- Ensure accessibility of educational facilities for children and PWDs.
- Ensure adequate conditions in preschool and secondary school for CWDs
- Continue policy of inclusive education for CWDs.
- Introduce new positions for specialists working with CWDs in preschools.
- Ensure training of specialists on education of children with physical and mental disabilities and develop a national educational curriculum.
- Support PWDs in obtaining higher education and vocational education. To do so it is necessary to carry out information campaigns for PWDS about enrolling in universities and other educational institutions.

Right of PWDs to employment

- Set up a special department to secure employment for PWDs at the Employment Agency, and undertake information campaigns about its activities.
- Ensure the implementation of their right to employment, favourable work conditions; establish training courses, ensure the necessary conditions for creating businesses among PWDs, etc.)
- Oblige the bodies in charge of the medical social expertise to develop an IRP in written for PWDs and CWDs and supervise its implementation. Training for MSE personnel on IRP design is needed.
- The relevant authorities should carry out regular monitoring of the implementation of the requirements of employers providing job quotas for PWD
- Set up a special department on securing employment for PWDs under the State Agency for Social Protection, Employment and Migration.

- Ensure access to information for PWDs on important issues, such as the access to employment, in particular on the activities of government institutions and the quota system.

Right to social security

- Institutionalize the mechanisms for the assessment of PWD needs in national legislation.
- Create a coordination centre on disabilities in each relevant division, with a high level multi profile coordination committee, which would be comprised of all representatives from relevant ministries and PWD associations. This committee would have the authority to suggest different political decisions and supervise implementation.
- Increase budget funds allocated for the implementation of the rights of PWDs and CWDs in giving them access to free medical services and medicines).
- Add to part 2 of Article 31 on the Law on Social Protection of PWDs that the benefits provided in this Article shall apply to CWDs, as well as to family members of the disabled – disabled groups I and II.
- Add to article 29 of the Law of RT on Social Security of PWD the provision that each parent (or any other legal representative of a child) taking care of CWD below 18, and who is not working, shall be entitled to a monthly allowance determined by the government.

Right to health

- States should ensure that PWDs are provided with any regular treatment and medicines that they may need to preserve or improve their level of functioning.¹¹¹
- Provide practical access of PWDs and CWDs to free medical services and medicines.
- States should regularly collect gender-specific statistics and other information concerning living conditions of PWDs. Such data collection could be conducted in conjunction with national censuses and household surveys. They could be undertaken in close collaboration, with universities, research institutes and

¹¹¹ Standard Rules on Equalization of Opportunities for PWDs. Adopted by the UN General Assembly Resolution 48/96 of 20 December 1993, Rule 2.

associations of PWDs. The data collection should include questions on programmes and services.¹¹²

- States should ensure that all authorities providing services in the disability field would give adequate training to their personnel.¹¹³
- Introduce national standards on care and education of CWDs, accompanied by monitoring of the implementation of child protection standards in institutions.
- Organize self-help courses for PWDs in order to increase their independence.
- Introduce separate lines in the state budget for the medical needs of PWDs and CWDs.

Awareness Raising

- Undertake activities to increase awareness among the population in general, in order to eliminate the stigma and discrimination against PWD.
- Carry out awareness raising activities on the rights of CWDs and PWDs for representatives of government institutions (social welfare departments, departments on education, social medical expertise bodies, department of architecture and urban planning, etc.)
- Provide training on the rights of PWDs and CWDs for PWDs and parents of CWDs.
- Develop guidelines for parents of CWDs on how to take care and educate CWDs

Gender aspects

- Conduct a gender analysis of the legislation governing PWDs.
- Develop a separate program for the rights of women with disabilities, including the impact on their right to work and employment
- Carry out information campaigns for PWDs, especially among women eligible to receive free rehabilitation devices and procedures.

¹¹² Ibid., Rule 13

¹¹³ Ibid., Rule 19.

- Provide legal support in applying for these funds, in particular, women with disabilities because of their lower level of awareness than men
- Carry out information campaigns on the IRP focusing on women in general, including those living in rural areas or in remote districts, in order to provide them with assistance in obtaining IRP.
- 6. Stop instances of informal payments, especially regarding WWDs due to their more frequent appeals to hospitals for help.

Questionnaire for PWDs (PWD)

Name of the interviewer: _____

Date of the interview: _____ 2012

Place of residence of the respondent (City, Rural area) _____

1. Gender: _____

2. Age: _____

3. Disability group:

- Group I
- Group II
- Group III

4. Your diagnosis:

- ICP
- Diseases of supporting and motor apparatus
- Visually impaired
- Hearing- and speech- impaired
- Other _____

Right to social security

5. Do you receive a pension?

- Yes (Indicate amount)
- No (Why?) _____

6. Is your pension sufficient for your needs?

- Satisfactory
- Rather satisfactory
- Rather unsatisfactory
- Not satisfactory

7. What type of pension do you receive?

- Retirement (indicate amount) _____ Somoni
- Social (indicate amount) _____ Somoni
- I do not know the type but I receive a pension of _____ Somoni

8. *If you are in need of care, who provides you with the needed care?*

- Nobody, I am living by myself
- Relatives
- Guardian
- Other _____

9. *Do you have any dependants?*

- Yes (indicate number of people) _____
- No _____

10. *Which privileges are you using (possible to select several options)?*

- Benefits on payment for housing facilities (rent or technical maintenance) (what is the amount?) _____
- Benefits for water supply (what is the amount?) _____
- Benefits for land line telephone (what is the amount?) _____

Transportation facilities (indicate type of transport and amount of benefit) _____

- Other (indicate) _____

11. *Are you aware of your right to be provided with means of rehabilitation (wheelchairs, spikes, canes, hearing aid, etc.)?*

- Yes
- No

12. *Have you addressed government institutions to such get means of rehabilitation as wheelchairs, spikes, canes, and hearing aid?*

- Yes (who did you ask?) _____
- No (Why?) _____

12.1 *What was the result of your request?*

- I was provided with means of rehabilitation (which) _____
- I did not get any response
- I was provided with an oral refusal
- I was provided with a written refusal
- Other _____

13. *Do you know about the Individual Rehabilitation Program (IRP):*

- Yes I know, and I have IRP
- Yes I know, but I do not have had had an IRP
- Do not know, heard about it for the first time

Issues on the access to medical services

Medical assistance due to disability

14. *How often do you go for medical assistance due to your disability?*

- Once a month
 Once in three months
 Once in six months
 Once a year
 Other (indicate) _____

15. *Which medical facility do you turn to for medical care?*

- State
 Private
 I do not know
 Other (indicate) _____

16. *Do you have a permanent doctor?*

- Yes
 No

17. *How far away from your house is the health centre where you go?*

- Far away, even if using public transportation (indicate the approximate time needed to get to the place) _____
 Not far, if taking transportation (time needed?) _____
 Not far, walking distance away (time needed?) _____
 Close (time?) _____
 Other _____

Payment for medical services

18. *Do you pay officially for medical services in polyclinics? (by official or formal payment we imply exchange of money for a receipt)*

- Yes
 No

18.1 *If yes, which services (several answers can be selected):*

- Doctor consultations (indicate amount) _____ Somoni
 Lab checks

- Procedures (massage, drip injections, injections, physiotherapy, etc.) _____
- Other (indicate) _____

19. Did you ever have to pay informally for medical services (without receipts?)?

- Yes
- No

19.1 If yes, which services? (Several answers can be selected):

- Doctor consultations (amount per consultation) _____ Somoni
- Lab tests (indicate type of a test _____ and amount per test _____ Somoni)
- Procedures (massage, drip injections, injections, physiotherapy, etc) (indicate which procedure _____ and cost per procedure Somoni)
- Other (indicate) _____

20. Do you receive medicines free of charge or for payment?

- Free of charge
- For payment
- Partial payment (indicate what is the paid share) _____
- Other (indicate) _____

If you answered 'for payment' skip to question No. 26

21. If you receive medicines free of charge how often?

- Once a week
- Once a month
- Once every three months
- Once every six months
- Other (indicate) _____

22. Who provides you with the prescriptions for free of charge medicines? _____

23. When you are provided with the prescription for free of charge medicines, are they always available in the state pharmacy?

- Yes
- No
- Other (indicate) _____

24. *If you receive medicines free of charge, are they enough for a month?*

- Yes
 No

25. *If you receive medicines free of charge, are you satisfied by the quality?*

- Yes, they are of good quality
 Rather not, as cheap medicines are provided
 Not satisfied
 Other (indicate) _____

Attitude of medical personnel

26. *Have you ever undergone medical examination and in patient treatment due to a disability?*

- Yes
 No

27. *If yes, were you informed on the results of the examination?*

- Yes
 No

28. *How do you assess the attitude of the staff?*

- Very good
 Good
 Indifferent
 Satisfactory
 Bad, rude
 Other (indicate) _____
-

Treatment at a sanatorium

29. *Have you ever undergone a resort treatment?*

- Yes
 No

If answer is 'yes' skip to question No. 30

29.1 *If yes, how often do you undergo resort treatment?*

- Once a year
- Once every two years
- More often (indicate how often) _____

29.2 *Where is the spa/sanatorium located where you get your treatment?*

- Not far from the place I live
- Outside of my settlement though in the country (indicate where exactly)
- Other (indicate) _____

29.3 *If you have undergone treatment at a sanatorium away from where you live, was the transportation paid for?*

- Yes (who paid?) _____
- No
- Partially (indicate share and who paid) _____

29.4 *Was the ticket for the sanatorium treatment paid for?*

- Yes, in full (indicate who paid) _____
- Yes, partially (indicate the share and who paid) _____
- No

Complaints for bad quality medical services

30. *Are you satisfied with the quality of medical services provided due to disability?*

- Yes
- No

30.1 *If no, please describe what exactly is not satisfactory?
(Several answers can be selected)*

- Ineffective treatment
- The free medicines that are provided once a month are not enough for treatment
- Indifference of the doctor
- Rude attitude of the doctor
- Indifferent or rude attitude of other medical personnel
- Other (please describe) _____

31. Was any damage caused to your health by bad quality medical assistance?

Yes (describe the damage) _____

No

32. Have you complained about bad quality medical services?

Yes

No (Why?) _____

32.1 If yes, where did you lodge your complaint?

To the head of this medical facility

To the Department on Health Care of Sughd province

To the Ministry of Health Care

To the Prosecutor or the police

To a Court

To the Agency on financial control and anti corruption

Other (indicate) _____

32.2 What was the outcome of your complaint?

Nobody was punished

Damage was compensated (how?) _____

The guilty person was punished (how?) _____

Other (indicate) _____

Signature of interviewer: _____

**Questionnaire for the parents of school-age children
with disability (access to education)**

Name of interviewer: _____

Date of interview: _____ 2012

Place of residence (city, rural area) _____

1. Gender: Female Male

2. How are you bringing up your child?

I am bring up my child alone

With the father/mother of the child

With my parents

Other(indicate) _____

3. Age of your child _____

4. Gender of your child _____

5. Diagnosis:

ICP

Diseases of supporting and motor apparatus

Visually impaired

Hearing and speech impaired

Other _____

6. Do you receive social benefits for your child?

Yes (what is the amount?) _____ Somoni

No

7. Is your social benefit sufficient to cover the needs of the child and the necessary treatment?

Fully sufficient

Rather insufficient

Not sufficient at all

8. Does your child attend school?

Yes

No

If no, why:

- Refusal of administration to accept the child (please indicate the reasons of refusal) _____
 - Unwillingness of child _____
 - Remoteness of schools _____
 - Lack of special transportation device _____
 - Other _____
-

(If no, after question No. 8.1 skip to question No. 16)

9. *Type of school, which your child attends?*

- Secondary school
- Specialized boarding school for CWD
- Other (indicate) _____

10. *If your child attends a secondary school, have you ever faced difficulties getting your child admitted to school?*

- Yes
- No

10.1. *If yes, which?* _____

11. *Which institution referred your child to the school?*

- Medical pedagogical commission (MPK)
- Department on Education (DoE)
- Other _____

12. *How far is the school, which your child attends?*

- Walking distance, within 20 minutes walking
- You have to walk for 30-40 minutes
- You have to walk for more than an hour
- You can only get there by car (indicate time) _____
- Other _____

13. *Does your child need one of the following technical devices at school?*

- Wheelchair
- Specially equipped place for children with diseases of supporting and motor apparatus

- Device for reading (for visually impaired)
- Device for hearing (hearing device) for hearing impaired children
- Does not need anything
- Other _____

14. *If yes, is your child provided with such devices at school?*

- Yes (What exactly?) _____
- No (why?) _____
- Other _____

15. *What is the attitude of the school staff and other children towards your child?*

	Very good	Good	Indifferent	Bad
Personnel				
Other children				

16. *If your child does not attend school, is home schooling provided by specialists (Do teachers from school come to your home)?*

- Yes
- No
- Other _____

16.1 *If yes, who teaches your child?* _____

16.2 *How long do the lessons last (how many times a week and for how long)?* _____

16.3 *Which subjects are taught?* _____

16.4 *Do you pay for these classes? (who, how much?)* _____

16.4.1 *If your pay for the classes, are such payments official?*

- Yes (you are provided with the receipts?) _____
- No
- I do not know

16.4.2 *If payments are unofficial do you pay voluntarily?* ____

- Yes
- No

16.5 *If there are no classes for your child, what are the reasons?*

- S/he does not need classes
- There are no specialists
- We do not have capacity to pay, and payments are requested for additional classes
- Other _____

17. *Do you attend individual classes with specialists on care and communication with your child?*

- Yes (where and which?) _____
- _____
- No. Why? _____

18. *Does your child participate in out of school classes and events (entertainment, concerts, performances, competitions, trips to cinema, museums, etc.)?*

- Yes (which?)
- No.
- Why? _____
- Other _____

19. *How much do you spend monthly and officially for your child in school?* _____ Somoni

20. *How much do you spend monthly and unofficially for your child in school?* _____ Somoni

21. *What needs are covered by unofficial expenses?*

- Food
- Training manuals
- School fees (indicate what for and amounts) _____
- Other _____

22. Do you know about the Individual Rehabilitation Program (IRP)?

- Yes
- No

22.1 If yes, how did you learn about the IRP?

- In the Social Security Department
- In the Medical Social Expertise Service (former PMSC)
- From other parents
- Mass media
- Other (indicate) _____

23. Does your child have an IRP?

- Yes (whether it is implemented?) _____
- No

Issues on accessing medical services

24. How often does your child need medical services due to disability?

- Once a month
- Once a quarter
- Once every six months
- Once a year
- Other (indicate) _____

25. Which type of facility do you use for medical services for your child?

- State
- Private
- Other _____

26. How far from your house is the polyclinic where your child undergoes treatment?

- Far, even with public transport
- Not far if with public transport (what is the time is needed to get there?) _____
- Not far, walking distance away (what is the time is needed to get there?) _____
- Close (how long does it take to get there on foot?) _____
- Other _____

27. Does your child have a permanent doctor?

- Yes
- No

28. Are you satisfied with the quality of medical services provided by your doctor?

- Yes
- No
- Other (indicate) _____

29. Has your child undergone medical rehabilitation treatments (surgery operations, therapist treatment or orthopaedic treatment, etc.)?

- Yes (which?) _____
- No (why?) _____

29.1 If yes, where does your child undergo treatment and rehabilitation?

- In the city/village where we live
- In another city in RT (indicate) _____
- In another country (indicate which country and why?) _____

29.2 If yes, are these rehabilitative measures effective?

- Yes (what is the effect?) _____
- No (why) _____

30. Do you pay officially for medical services in polyclinics? (officially means with receipts)

- Yes
- No

30.1 If yes, which services are paid for (it is possible to select several answers):

- Doctor consultation (indicate amount) _____ Somoni
- Lab test
- Procedures (massage, drip injections, injections, physiotherapy, etc.)
- Other (indicate) _____

31. Have you ever paid unofficially for a medical services provided to your child in a polyclinic? (By unofficial we mean payment without receipt)?

Yes No

31.1 If yes, which services? (It is possible to select several answers):

Doctor consultation (indicate price per consultation) _____ Somoni

Lab tests (indicate type _____ and price per test _____ Somoni)

Procedures (massage, drip injections, injections, physiotherapy, etc) (indicate which and price per procedure _____ Somoni)

Other (indicate) _____

32. How do you get medicines for your child?

Free of charge

Paid

Partially paid (indicate the paid share) _____

Complaints for bad quality medical services

33. Are you satisfied by the quality of medical services provided for your child?

Yes No

33.1 If no, indicate what is not satisfactory? (you can select several answers)

Ineffective treatment

Free of charge medicines provided once a month are not sufficient

Indifferent attitude of doctor

Rude attitude of doctor

Indifferent or rude attitude of other medical staff

Other (indicate what) _____

34. Was there any damage caused to the health of your child due to bad quality medical treatment?

Yes (describe the damage) _____

No

35. Did you submit a complaint on the bad quality treatment provided to your child regarding his disability?

Yes

No (why?) _____

If yes, where did you submit the complaint?

To the Head of the medical facility

To the Department of Health of Sughd province

To the Ministry of Health Care

To the Prosecutor or the police

To the Court

To the Agency on state financial control and anti corruption

Other (indicate) _____

35.1 What are the outcomes of your complaint?

Nobody was punished

Damage was compensated (how?) _____

The guilty person was punished (how?) _____

Other (indicate) _____

Signature of interviewed: _____

**Questionnaire
for the personnel of medical facilities**

Name of interviewer: _____

Date of interview: _____ 2012

City (district) _____

1. *Place of work* _____

2. *Type of institution:* _____

Private

State

Other (indicate) _____

3. *Position* _____

4. *Specialty*

Medical assistance due to disability

5. *Did people with PWDs address your institution for assistance due to their disability?*

Yes

No

5.1. *If 'yes' how often?*

Once a month

Once every three months

Once every six months

Once a year

Other (indicate) _____

6. *Are you permanently providing services to PWDs?*

Yes

No

Other _____

7. Does your facility get funds for the treatment of PWDs?

- Yes, they are allocated
 Yes, but it is not specified for what type of treatment relating to PWDs.
 No
 Other _____

7.1 If yes, where are the funds coming from?

- From the state budget
 Charity or individuals donations.
 Assistance of international organizations (indicate which)

7.2 What is the amount of money allocated per month?
_____ Somoni

7.3 What is the share of the total allocated amount provided for the treatment of PWDs per month? _____ Somoni

Payment for medical services

8. Which medical services do PWDs get in your medical facility? (Several answers can be selected)

- Doctor consultations
 Lab checks
 Massage
 Physiotherapy
 Other procedures and services (indicate) _____

9. Do PWDs pay for the medical services in your facility?

- Yes
 No
 Partially (which part?): _____

9.1 If yes, what are the paid services (several answers can be selected)?

- Doctor consultations (indicate amount) _____ Somoni
 Lab checks _____ Somoni
 Massage
 Physiotherapy _____ Somoni
 Other procedures or services (indicate) _____ Somoni

10. How is the payment done?

- Through the cash office of the facility
- Doctors of the facility
- Junior staff of the facility
- Other (indicate) _____

11. Is the payment certified by any document?

- No, the payment is made directly to staff without any documents.
- Yes, the client is provided with receipt.
- Other (indicate) _____

12. Are free of charge medicines provided to PWDs by the medical facility you visit?

- Yes
- No
- Other _____

12.1. If 'yes' how often are they provided?

- Once a week
- Once a month
- Once every three months
- Once every six months
- Other (indicate) _____

12.2 Where from does your medical facility get the free medicines?

- Foreign humanitarian aid
- These are the medicines provided by Ministry of Health Care.
- I do not know
- Other (indicate) _____

12.3 Which medicines are usually provided free of charge to PWDs?

- Cheap available medicines (ask respondent to list several medicines and write them down) _____
- Expensive medicines, which PWDs cannot always afford (ask respondent to enlist several medicines and write them down) _____
- The provided medicines do not impact or improve the health condition of the PWD _____
- Other (indicate) _____

Quality of the provided medical services

13. Have you ever complained about the quality of medical services provided in your medical facility?

- Yes (services?) _____
 No

13.1 If yes, indicate what was the complaint about? (Several answers can be chosen)

- Ineffective treatment
 The provided free medicines were not sufficient for the treatment
 Indifferent or tough attitude of medical staff (indicate who)
 Other (describe) _____

13.2. Was the damage caused to the health of the PWD due to a bad quality medical care?

- Yes (Describe the damage) _____
 No
 Other (indicate) _____

14. Which actions were undertaken as the result of complaints submitted by PWDs

- Was the guilty person punished (how?) _____

 Were you damage compensated (how?) _____

 Nobody was punished
 Other (indicate) _____

Signature of interviewer: _____