



**Экономический  
и Социальный Совет**

Distr.  
GENERAL  
E/1986/3/Add.9  
26 October 1987  
RUSSIAN  
Original: French

---

Первая очередная сессия 1988 года

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ПАКТА ОБ ЭКОНОМИЧЕСКИХ,  
СОЦИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ПРАВАХ

Первоначальные доклады, представляемые государствами-участниками  
Пакта в соответствии с резолюцией 1988 (LX) Совета  
в отношении прав, рассматриваемых в статьях 10-12

ТУНИС

11 июня 1987 года

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Введение .....	I
Часть I. Охрана семьи, матери и ребенка .....	2
А. Охрана семьи .....	2
В. Охрана материнства .....	7
С. Охрана детей и молодежи .....	9
Часть II. Право на достаточный жизненный уровень.....	2I
А. Введение .....	2I
В. Право на достаточное питание .....	2I
С. Право на достаточную одежду .....	25
D. Право на жилище .....	26
Часть III. Право на охрану физического и психического здоровья .....	36
А. Введение .....	36
В. Конкретная информация .....	36
С. Статистические данные .....	55

## ВВЕДЕНИЕ

С момента обретения независимости Тунис сделал ставку на человека как средство и цель своего развития. Весь комплекс осуществляемых экономических, социальных и культурных реформ направлен на улучшение положения граждан страны.

Присоединившись к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, наша страна подтвердила свое стремление основательнее закрепить достигнутое и ознакомить с ним международное сообщество.

Представляемый доклад имеет целью ознакомить уважаемых экспертов Комитета по экономическим, социальным и культурным правам с достижениями Туниса в следующих областях:

- охрана семьи, матери и ребенка, статья I0 Пакта;
- право на достаточный жизненный уровень, статья II Пакта;
- право на охрану физического и психического здоровья, статья I2 Пакта.

Следует отметить, что предоставляемые в Тунисе права и осуществляемые практические меры по улучшению экономического, социального или культурного положения человека распространяются на всех жителей Туниса без каких бы то ни было различий по признаку пола, расы или религии.

## ЧАСТЬ I

### СТАТЬЯ 10: ОХРАНА СЕМЬИ, МАТЕРИ И РЕБЕНКА

#### A. ОХРАНА СЕМЬИ

Еще на заре независимости был принят Кодекс статута личности (13 августа 1956 года), способствовавший охране семьи в Тунисе.

В кодексе было зафиксировано стремление укреплять и развивать семью нового типа, основанную на большем равенстве прав и обязанностей обоих супругов. Он также определил новый социальный идеал, в большей мере соответствующий духу законов ислама и потребностям прогресса.

Одним из основополагающих новшеств Кодекса статута личности была отмена полигамии, являвшей собой "вызов человеческому достоинству". В Кодексе содержатся очень жесткие положения, направленные против подобной практики и юридических уловок, выдуманных с целью обойти установленный запрет. Неоднократно, в частности в 1958 и 1964 годах, в Кодексе (статья 18) подтверждался запрет двоеженства, которое было объявлено уголовно наказуемым деянием, влекущим за собой лишение свободы и штраф, либо одну из этих двух мер. В соответствии с положениями Кодекса, вторая жена считается соучастником преступления, а оба супруга виновны в преступлении прелюбодеяния, если они продолжают или возобновляют совместную жизнь после того, как их брак объявлен недействительным по причине двоеженства или нарушения правовых норм, регулирующих вопросы брака.

Созданное в соответствии с законом № 84/70 Национальное управление по делам семьи и народонаселения призвано укрепить систему охраны семьи. Его цель заключается, в частности, в том, чтобы разрабатывать программы действий, направленные на укрепление семьи и семейного равновесия, контролировать совместно с заинтересованными учреждениями осуществление национальных целей политики в области демографии и семьи, осуществлять совместно с заинтересованными учреждениями и структурными подразделениями действия в области образования и переподготовки медицинского персонала, работников социальных служб и системы просвещения, в частности в таких областях, как планирование семьи, коммуникация и защита семьи, и осуществлять постоянную деятельность по информации и просвещению населения на уровне семьи, системы профессионального образования и ассоциаций.

#### I. Гарантия права мужчин и женщин вступать в брак и создавать семью по своему свободному согласию

В Тунисе акт бракосочетания регистрируется двумя нотариусами или служащим гражданской службы в присутствии двух почетных свидетелей. Акт бракосочетания регистрируется в книге регистрации брака. Брак заключается только при соблюдении некоторых критериев, а именно: обязательным условием является обоюдное согласие вступающих в брак; право на принуждение к браку отменено.

Президент республики г-н Хабиб БУРГИБА 13 августа 1965 года подчеркнул, что "брак - это не финансовая сделка, имеет значение только счастье семьи... Так пусть же решение останется за теми, кого касается брак: за мужем и женой".

До выхода в свет Кодекса статута личности законность акта бракосочетания девушки должна была подтверждаться разрешением ее опекуна. В случае отказа девушки, отец мог прибегнуть к своему праву на принуждение (*jabr*) и заставить ее выйти замуж (малекитский ритуал, преобладавший в Тунисе). Если девушке предлагали высказаться, ее молчание означало согласие по принципу "молчание - знак согласия". Никакого сформулированного выражения согласия не требовалось.

Впрочем, такая дискриминация по признаку пола в отношении правоспособности в области бракосочетания логически вытекала из положений статьи 7 прежнего Кодекса обязательств и договоров, гласившей: "В силу данного кодекса совершеннолетним считается любое лицо мужского пола старше 18 лет. Ребенок женского пола остается под опекой в течение двух лет после вступления в брак". Эта дискриминация была устранена декретом от 3 августа 1956 года, которым отменялась статья 6 Кодекса обязательств и договоров, а совершеннолетие было юридически установлено для обоих полов по достижении 20-летнего возраста. Одновременно был отменен и принудительный брак, причем статья 3 Кодекса статута личности гласит: "брак заключается только по обоюдному согласию супругов".

## 2. Меры, направленные на облегчение создания семьи

В соответствии с законом № 80-36 от 28 мая 1980 года, дополняющим закон № 60-30 от 14 декабря 1960 года о режимах социального страхования, застрахованное лицо, имеющее на иждивении детей и соответственно пользующееся правом на семейное пособие и при условии, что супруг (супруга) не занимается трудовой деятельностью, имеет право на пособие, именуемое "надбавкой к единственному заработку", сумма которого в квартал составляет:

9 375 динаров на одного ребенка,

18 750 динаров на двух детей,

23 475 динаров на трех и более детей.

Надбавка к единственному заработку выплачивается лицу, с которым проживают дети.

### Содействие приобретению или строительству жилья

В соответствии с законом № 73-24 от 7 мая 1973 года был установлен особый вид счетов в сберегательных кассах для накопления средств на жилье с целью предоставления займов физическим лицам, подписавшим соответствующий договор о накоплении средств на жилье и обязавшимся употребить всю сумму займа и накопления на финансирование своего жилища, которое будет служить основным местом жительства для этих лиц, их родителей или их потомства.

Созданный в соответствии с законом № 77-54 от 3 августа 1977 года Фонд развития жилищного строительства для лиц наемного труда позволяет оказывать содействие лицам, чей месячный заработок составляет от 100 до 150% суммы минимальной гарантированной межпрофессиональной зарплаты (СМИГ), в получении займа на строительство или приобретение нового жилья.

Кроме того, в соответствии с декретом № 76-54 от 23 января 1976 года и изменениями и дополнениями к нему, содержащимися в декрете № 78-624 от 6 июля 1978 года, участники Национального пенсионного и страхового фонда могут получать займы на приобретение нового жилья, строительство жилья или на приобретение земельного участка с целью строительства жилья. Некоторые категории служащих пользуются в соответствии с декретом № 72/II09 от 20 декабря 1974 года правом на жилье, которое предоставляется в домах, принадлежащих государству, либо правом на соответствующее пособие на наем жилого помещения.

3. Меры, направленные на оказание помощи в содержании, укреплении и охране семьи

Пособия на семью

Законом № 60/30 от 14 декабря 1960 года обусловлено, что лицам наемного труда, занятым в частном секторе, пособия на семью выплачиваются только на первых четырех детей.

Лица наемного труда, занятые в кустарном производстве и сельском хозяйстве, из этой категории исключены. Такое ограничение было отменено законом № 63/26 от 15 июля 1963 года, который допускает, чтобы в случае смерти одного из первых четырех детей его заменил следующий по счету ребенок, но при условии, что общее число охватываемых пособием детей не будет превышать четырех.

В государственном секторе закон № 65/46 от 31 декабря 1965 года также предусматривает выплату пособий только на четырех детей. Однако замена одного из первых четырех в случае его смерти последующим ребенком при сохранении общего числа четыре не допускается. Следует отметить, что ограничение, связанное с числением пособия только на четырех детей, касается всех детей, проживающих совместно с получателем пособия, будь то дети, официально отданные под его опеку, или отданные ему по решению семьи или суда.

Пособия выплачиваются только на детей, не достигших четырнадцатилетнего возраста. На детей в возрасте 14 лет и старше пособие выплачивается:

а) до 16 лет, если дети регулярно посещают начальное учебное заведение;

б) до 18 лет, если дети проходят курс профессионального обучения и получают денежное вознаграждение в размере менее 75% установленного законом минимального заработка разнорабочего в строительстве;

с) до 20 лет, если дети регулярно посещают среднее или высшее техническое или профессиональное учебное заведение независимо от того, является ли оно государственным или частным, и не имеют при этом оплачиваемой работы;

девушкам, заменяющим своим братьям и сестрам мать в случае смерти, недееспособности, развода или вдовства последней и занимающимся наемным трудом, отнимающим все их время;

д) старше 20 лет, если дети являются инвалидами (статья 54 закона № 60-30).

Пособия на семью выплачиваются также в случае смерти работника в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания до тех пор, пока дети имеют на них право по возрасту, и в соответствии с условиями, установленными в вышеупомянутой статье 54. Пособия на семью выплачиваются на детей, родившихся не позднее чем через 300 дней после смерти работника (статья 56). Пособие выплачивается лицу, с которым проживают дети (статья 64).

Помощь, предоставляемая после выхода на пенсию

Закон № 73/71 от 19 ноября 1973 года гласит, что "к пенсии по старости или к пенсии, выплачиваемой в виде пенсии по старости, или к пропорциональной пенсии в необходимых случаях добавляется пособие на содержание семьи. Это пособие выплачивается по тем же ставкам, на тех же условиях и основаниях, что и для работающих".

## Освобождение от налогов

Включены налоги на вознаграждения и заработную плату (ИТС), на пенсии и пожизненную ренту (декрет от 29 марта 1945 года и закон № 62/75 от 31 декабря 1962 года), персональную компенсацию государству (КПЕ) (декрет от 31 марта 1932 года, закон № 62-75 от 31 декабря 1962 года, закон № 65-46 от 31 декабря 1965 года, закон № 67-57 от 31 декабря 1967 года, закон № 69-64 от 31 декабря 1969 года, закон № 70-66 от 31 декабря 1970 года, закон № 73-83 от 31 декабря 1973 года, закон № 74-101 от 25 ноября 1974 года; в отношении прав регистрации: закон № 62-81 от 31 декабря 1962 года).

От подоходных налогов освобождаются следующие виды доходов:

- a) надбавки к пенсии по старости или на содержание семьи;
- b) пособия на семью и в случае единственного заработка, если они выплачиваются работодателем своим работникам на детей, находящихся на их иждивении;
- c) пособия и выплаты, предоставляемые государством, общественными организациями и учреждениями в соответствии с законами о социальной помощи и страховании;
- d) пенсии по старости, инвалидности и потере кормильца, предоставляемые в соответствии с декретом № 71-452 от 17 декабря 1971 года;
- e) пожизненные пособия и ренты, выплачиваемые жертвам несчастных случаев, пособия в счет возмещения ущерба и проценты, выплачиваемые по решению суда с целью возмещения ущерба, причиненного серьезными телесными повреждениями (необходимость прибегать к услугам третьего лица для отправления нормальных жизненных потребностей);
- f) пожизненные ренты, выплачиваемые взамен бессрочных.

Большие семьи пользуются привилегиями в отношении прямых налогов. В соответствии с декретом от 31 марта 1932 года государственные службы учитывают в первую очередь статус налогоплательщика (холост, состоит в браке, вдовец...), а также его (ее) семейное и социальное положение. В этом отношении был принят ряд мер в пользу больших семей:

- освобождение от налогов состоящих в браке налогоплательщиков, имеющих на иждивении детей, если чистый доход, подлежащий налогообложению, составляет 100 динаров или менее;
- освобождение от налогов всех доходов (до вычета всех необходимых сумм), получаемых семьями, независимо от того, есть у них дети или нет, если эти доходы имеют форму заработной платы или пенсии и не превышают в сумме 360 динаров в год;
- по такому же принципу доход, подлежащий налогообложению по линии КПЕ, определяется с учетом вычетов, определяемых ниже;
- на таких же условиях освобождаются от налогообложения дети, усыновленные в соответствии с действующим законодательством;
- профессиональные расходы, твердо установленные в размере 10% доходов, полученных в виде заработной платы и т.д.; для некоторых профессий устанавливается более высокий процент;

- налоги на вознаграждение и заработную плату, причитающиеся или уплачиваемые по причине наличия налогооблагаемых доходов;
- страховые премии при страховании жизни с гарантией выплаты оставшемуся супругу, родителям или потомкам заранее установленной суммы;
- проценты по долгам, платежи по рентам, осуществляемые в обязательном или добровольном порядке, к которым приравнены также алименты;
- вычеты, распространяемые на состоящих в браке или не вступивших в повторный брак налогоплательщиков, имеющих на иждивении одного или нескольких детей; эта сумма установлена в размере в 45 динаров;
- вычеты в счет находящихся на иждивении детей в количестве до четырех, родившихся после 31 декабря 1962 года и не достигших возраста 20 лет на 1 января того года, за который начисляется налог; учитываются также дети, находящиеся на иждивении у налогоплательщика, что дает право на вычет 45 динаров на каждого ребенка;
- дети моложе 20 лет, продолжающие учебу и не получающие стипендию;
- на тех же условиях дети-инвалиды, проживающие совместно с налогоплательщиком, которым последний обязан обеспечивать средства к существованию в соответствии со статутом личности, освобождены также от налогообложения по линии КПЕ;
- пособия (в связи с семейным заработком, на семью), выплачиваемые нанимателем или группой нанимателей своим работникам;
- проценты на накопления в сберегательных кассах (почтовая сберегательная касса и сберегательная касса для строительства жилья) и на специальные сберегательные счета, открытые в банковских учреждениях;
- алименты, выплачиваемые родителям налогоплательщика, находящимся на его иждивении, иначе чем во исполнение судебного решения, в пределах 5% облагаемого дохода при максимуме 90 динаров на одного иждивенца.

Помимо вычетов на содержание семьи, предусмотрены также вычеты на налогообложение вознаграждений и заработной платы (ИТС).

Фактически, помимо общего вычета в сумме 100 динаров и сокращения на 10% валового дохода по должности, состоящие в браке налогоплательщики имеют право на специальный вычет из суммы этого налога, обычно распространяющийся на все доходы типа заработной платы (пожизненные пенсии и ренты).

И наконец, следует отметить, что до 1983 года женщина, занимающаяся наемным трудом и имеющая на иждивении детей, пользовалась правом на те же вычеты, что и ее муж.

Закон о финансах 1984 года (статья 7) изменил порядок налогообложения супругов и ввел принцип раздельного налогообложения. До 1983 года доходы супругов составляли одну облагаемую единицу, хотя доход жены и учитывался в пределах 50%.

В статье 7 закона о финансах 1984 года вводится раздельное налогообложение супругов за счет следующего изменения статьи 2 декрета от 31 марта 1932 года.



Новый текст статьи 2. Чистые личные ресурсы любого физического лица подлежат налогообложению. Однако доходы несовершеннолетних детей подлежат налогообложению от имени главы семьи.

Ясли и детские сады

Выход женщины на рынок труда привел к появлению учреждений, оказывающих ей помощь в уходе за детьми в рабочее время.

Число детских яслей, особенно в городской местности, настолько возросло, что министерство социальных дел взяло на себя контроль за их деятельностью.

Работа яслей регламентируется декретом № 82-1598 от 15 декабря 1982 года, определяющим порядок открытия яслей, а совместным постановлением министерств здравоохранения и социальных дел от 24 мая 1983 года установлен порядок функционирования яслей и контроля за их работой.

## В. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА

### I. Основные законы, административные правила и коллективные договоры, регламентирующие различные аспекты охраны материнства

Основополагающего законодательного акта, регламентирующего деятельность по охране материнства и детства в целом, на национальном уровне, не существует. Однако различными нормативными актами прямо или косвенно определяются различные аспекты деятельности, проводимой в этой области. Первым основополагающим документом стал декрет № 69-364 от 6 октября 1969 года, касающийся создания и организации Национального института охраны здоровья ребенка. Декрет возложил на это учреждение общие задачи национального масштаба по охране материнства и детства и по медицинскому обслуживанию детей.

Институт выполняет следующие основные задачи:

- кодификация соответствующих образовательных, профилактических и лечебных мер для всех центров охраны материнства и детства в Республике и контроль за их осуществлением;
- контроль за качеством обслуживания во всех педиатрических учреждениях Республики;
- контроль за профилактическими и лечебными мероприятиями в школах;
- обеспечение подготовки, специализации и переподготовки врачей и среднего медицинского персонала отделений педиатрии, центров охраны материнства и детства и школьной гигиены; участие в планировании программ подготовки персонала, обеспечении лечебных и профилактических мероприятий в интересах детей;
- участие в разработке разделов, касающихся педиатрии, при проведении национальных кампаний охраны здоровья и санитарного просвещения;
- участие вместе с соответствующими службами в разработке и осуществлении программ, касающихся дозачаточного периода и беременности;
- централизация всех статистических данных и документации, касающихся детей;
- развитие исследований в области эпидемиологии, профилактики и лечения;
- организация учебно-информационных семинаров в Институте и за его пределами.

2. Охрана и помощь в предродовой и послеродовой периоды, включая лечение и прочее медицинское обслуживание, а также выплату пособий по беременности и родам и других пособий, независимо от семейного положения матери

В пятом (1977-1981 гг.) и шестом (1982-1986 гг.) планах развития здравоохранения первостепенное значение придается осуществлению политики в области планирования семьи и укрепления охраны здоровья матери и ребенка, при этом имеется в виду развитие здравоохранения для всех к 2000 году, провозглашенное Всемирной организацией здравоохранения. Чтобы приблизить обслуживание к населению, в каждой провинции были созданы региональные управления здравоохранения, подчиняющиеся министерству здравоохранения, а также отделение планирования семьи на уровне региона, входящее в Национальную службу планирования семьи и народонаселения, преобразованную в Службу семьи и народонаселения и существующую в узаконенном порядке с 1973 года. Начиная с 1973 года постоянно развивается сеть центров охраны материнства и детства и центров по планированию семьи (ПМИ-ПФ): в 1977 году было 99 таких центров, в 1984 году - 132, плюс еще 11 центров охраны материнства без предоставления услуг по планированию семьи. Развитие в этой области обеспечивается за счет расширения деятельности ПМИ/ПФ (например, в 1973 году было проведено 273 000 консультаций по планированию семьи, в 1982 году - 630 000 консультаций) и расширения подготовки акушерок (примерно 400) и медицинских сестер родильных домов.

Кроме того, особое внимание уделялось сельской местности, где отмечается недостаток медицинского персонала, в частности, с помощью следующих мер:

- поощрение работы врачей и акушерок в сельской местности (им предоставляется жилье, транспортные средства, помощь в обустройстве...);

- введение в действие в этих районах 63 подвижных групп с квалифицированным персоналом по санитарным и социальным вопросам и 9 подвижных клиник, имеющих необходимое оборудование и персонал для более полного удовлетворения потребностей в медико-санитарных услугах для наиболее нуждающихся групп населения.

В Тунисе охрана материнства, дородовая и послеродовая помощь обеспечиваются центрами охраны материнства и детства. Как правило, в эти органы системы оказания помощи матери и ребенку обращаются наиболее нуждающиеся слои населения, а слои, находящиеся в лучшем материальном положении, предпочитают услуги частного сектора.

В 1982 году центры ПМИ/ПФ предоставили 106 135 дородовых консультаций, из которых 19,3% пришлось на первые три месяца беременности; 32 754 консультации были предоставлены в период второй трети беременности и 48 932 консультации, то есть 46% от общего числа, в течение трех последних месяцев. В 1982 году было также предоставлено 19 887 послеродовых консультаций, из которых 44% были предоставлены после родов, 11,9% последовали за абортми, а назначение 44% консультаций конкретно указано не было.

3. Особые меры охраны и помощи для работающих матерей, включая предоставление оплачиваемых отпусков, отпусков с выплатой пособий по линии социального страхования и гарантированное сохранение рабочего места в течение разумного периода до и после рождения ребенка

В статье 18 Трудового кодекса, принятого в соответствии с законом № 66-27 от 30 апреля 1966 года, указывается, что беременная женщина имеет право оставить работу без предварительного уведомления и не выплачивая при этом компенсацию за разрыв трудового соглашения. В статье 20 Трудового кодекса уточняется, что перерыв в работе женщины в период, предшествующий рождению и следующий за рождением

ребенка, не может служить причиной, позволяющей работодателю разорвать с ней трудовое соглашение; в случае такого разрыва женщина имеет право на получение компенсации и возмещение ущерба. Она обязана уведомить работодателя о причинах своего отсутствия. Если женщина болеет в результате беременности или родов и неспособна из-за этого возобновить работу, что подтверждается медицинской справкой, и если при этом перерыв в работе продлится дольше, чем предусмотрено статьей 64 Трудового кодекса, но составит не более 12 недель, работодатель не может уволить ее в течение всего этого времени.

Работающая по найму женщина имеет право на 30-дневный отпуск в связи с родами. Этот отпуск может неоднократно продлеваться на 15 дней при представлении медицинской справки. В течение года с момента рождения ребенка женщина пользуется правом на дополнительный ежедневный часовой перерыв для кормления ребенка грудью (статья 64 Трудового кодекса). Любое предприятие, на котором работают не менее 50 женщин, обязано отвести специальное помещение для нужд кормящих матерей.

Женщины-служащие пользуются правом на двухмесячный отпуск по беременности и родам с полным сохранением заработка. По истечении его срока к нему может быть добавлен очередной отпуск. По просьбе женщины ей может также быть предоставлен дополнительный отпуск по уходу за ребенком сроком до 4 месяцев с сохранением половины заработка (статья 48 закона № 83/II2, декабрь 1983 года).

В соответствии с положениями декрета № 85-266 от 15 февраля 1985 года о послеродовом отпуске, согласно закону № 83-II2 от 12 декабря 1983 года, такой отпуск предоставляется женщинам-служащим, женщинам-работницам и работающим временно (статья 1).

Послеродовой отпуск может быть предоставлен только после отпуска по беременности и родам. Просьбу о его предоставлении необходимо довести до главы администрации не менее чем за 15 дней до истечения срока отпуска по беременности и родам (статья 2).

Послеродовой отпуск предоставляется один раз на срок от 1 до 4 месяцев и не может быть возобновлен в связи с рождением данного ребенка.

Во время послеродового отпуска женщина имеет право на половину своего заработка, включая все пособия и постоянные премии, за исключением пособий на семью, которые выплачиваются полностью (статья 4).

## C. ОХРАНА ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

### I. Охрана детей и молодежи

С момента рождения ребенок имеет право на продовольственное обеспечение. В этой связи в статье 46 Кодекса статута личности (КСЛ) говорится, что "старший родственник в любом колене обязан обеспечить питание своих потомков, находящихся в юном возрасте и неспособных зарабатывать на жизнь самостоятельно. Девочкам питание должно обеспечиваться до момента вступления в брак". В случае неуплаты алиментов отец подвергается уголовному преследованию как бросивший семью: "Если лицо, приговоренное к уплате продовольственных или денежных алиментов... не выполняет это предписание в течение месяца, оно наказывается лишением свободы на срок от 3 месяцев до 1 года штрафом в сумме от 100 до 1000 динаров". (КСЛ, статья 53-бис, в соответствии с положениями закона 81/7 от 18 февраля 1981 года).

#### Право на образование

Невозможно отрицать значительные усилия в области образования, предпринимаемые органами государственной власти. Очевидно, однако, что установленным правом на образование ребенок может по-настоящему пользоваться в законном порядке только в том случае, если оно последовательно проводится в жизнь. В соответствии с законом № II8/58 двери учебных заведений открыты для всех детей начиная с 6-летнего возраста (статья 2).

Образование в Тунисе бесплатно на всех уровнях (статья 3), но не является обязательным. Однако практически все дети школьного возраста посещают школу. Государство по-прежнему направляет более трети своего бюджета на нужды образования.

#### Право на социальное обеспечение

Тунис и в этой области предпринял значительные усилия с целью добиться здесь истинной общенациональной солидарности. Предусмотрена система выплаты пособий по болезни и на семью, которая позволяет удовлетворять в меру возможностей страны потребности, связанные с современным образом жизни.

Дети не пользуются непосредственно услугами системы социального обеспечения, а получают их через своих родителей, поскольку тунисская система направлена на сохранение определенной концепции семьи.

Пособия на семью выплачиваются только на первых четырех детей, своих или принятых на иждивение (статья 52 закона № 60-30 от 14 декабря 1960 года о типах социального обеспечения). Эти пособия выплачиваются на детей до 14 лет. Пособия выплачиваются на детей в возрасте 14 лет и старше в следующих случаях:

- 1) до 16 лет, если дети регулярно посещают начальное учебное заведение;
- 2) до 18 лет, если дети проходят профессиональную подготовку и получают денежное вознаграждение в размере менее 75% установленного законом минимального заработка разнорабочего в строительстве;
- 3) до 20 лет, если дети регулярно посещают среднее или высшее техническое или профессиональное учебное заведение независимо от того, является ли оно государственным или частным, при условии, что они не имеют работы по найму;
  - девушкам, заменяющим своим братьям и сестрам мать в случае смерти, недееспособности, развода или вдовства последней и занимающимся наемным трудом, отнимающим все их время;
  - старше 20 лет, если дети являются инвалидами (статья 54 закона № 60-30).

Пособия на семью выплачиваются также в случае смерти работника в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания до тех пор, пока дети имеют на них право по возрасту, и на условиях, установленных в вышеупомянутой статье 54. Пособия на семью выплачиваются на детей, родившихся не позднее чем через 300 дней после смерти работника (статья 56). Пособия выплачиваются лицу, с которым проживают дети (статья 64).

#### Надбавка к единственному заработку

В соответствии с законом № 80-36 от 28 мая 1980 года, дополняющим закон № 60-30 от 14 декабря 1960 года о типах социального страхования, застрахованное лицо, имеющее на иждивении детей и пользующееся правом на семейное пособие и при условии, что супруг (супруга) не занимается трудовой деятельностью, имеет право на пособие, именуемое "надбавкой к единственному заработку", сумма которого в квартал составляет:

9 375 динаров на одного ребенка;

18 750 динаров на двух детей;

23 475 динаров на трех и более детей.

#### Гражданская защита детей

Отец, а также мать после смерти мужа несут гражданскую ответственность за ущерб, причиненный их детьми моложе 18 лет, проживающих совместно с ними (статья 93 Кодекса обязательств и договоров (КОК)). Несовершеннолетние до 13 лет включительно полностью освобождены от ответственности, а с 13 до 20 лет несут ответственность частично (статья 5 КОК). Дети старше 13 лет могут предпринимать идущим им на пользу действия без разрешения своего опекуна (статья 9 КОК). Опекуны могут распоряжаться имуществом подопечных лишь с разрешения соответствующего судьи (статья 15 КОК).

#### Права детей, родившихся вне брака, и права брошенных детей

Внебрачные дети имеют право наследования только по отношению к своей матери или к ее семье и носят ее фамилию.

Найденный ребенок, не имеющий никакого имущества, находится на содержании лица, взявшего его на иждивение с разрешения суда, до тех пор, пока не сможет сам зарабатывать на жизнь (статья 77 Кодекса статуса личности (КСП)).

Найденный ребенок не подлежит отчуждению от нашедшего его лица, кроме как по решению суда, если обнаруживаются его отец и мать (статья 78 КСП). Имущество, найденное при ребенке, становится его собственностью (статья 79 КСП). Если у найденного ребенка нет наследника, его имущество переходит в казну. Однако лицо, принявшее ребенка, может истребовать у государства возмещение затраченных на содержание ребенка сумм, но только в пределах имущества этого ребенка (статья 80).

#### Право усыновления

В Тунисе порядок усыновления юридически закреплен в законе от 4 марта 1958 года. Усыновление или удочерение возможно только в отношении несовершеннолетнего ребенка (статья 12 закона от 4 марта 1958 года). Усыновление разрешено совершеннолетним лицам обоего пола, состоящим в браке и пользующимся всеми гражданскими правами. Судья может разрешить в интересах ребенка усыновление разведенным или овдовевшим лицом, не состоящим в браке (статья 9 вышеупомянутого закона). Однако, если усыновитель не является овдовевшим или разведенным, согласие супруга (супруги) обязательно (статья 11).

Помимо этих положений и мер в отношении детей, проживающих в семьях, следует также перечислить меры, предусмотренные в отношении детей, не имеющих семьи, или в отношении малолетних правонарушителей.

2. Воспитание и образование детей, не имеющих семьи или малолетних правонарушителей

а) Дети, не имеющие семьи

Детские поселения имени Бургибы

Для беспризорных детей впервые созданы детские поселения имени Бургибы. 30 июня 1956 года был принят декрет о финансировании таких поселений, учредивший Национальный детский фонд. На сегодняшний день на всей территории Республики насчитывается 19 таких поселений. Их цель заключается не только в обеспечении для детей жилья и приличного питания, но и в том, чтобы облегчить их вступление в общественную жизнь. Для этого в детских поселениях имени Бургибы создаются условия, максимально приближенные к семейным. Поселения находятся в ведении министерства по делам молодежи и спорта, решающего вопрос о приеме детей.

Как осуществляется прием?

Сначала детские поселения систематически брали на свое обеспечение всех брошенных или нуждающихся детей, находящихся под физической или моральной угрозой. В отношении нуждающихся детей проводилось расследование положения в семье. Прием осуществляется с учетом ряда официальных критериев в зависимости от наличия свободных мест и возможностей детских поселений имени Бургибы.

Со временем процедура приема претерпела значительные изменения. До октября 1973 года существовала лишь одна форма оказания помощи – прием на полное содержание, то есть отчуждение от семьи. Однако проведенное в течение полутора лет исследование показало, что у большинства детей были семьи, фактически нуждавшиеся лишь в помощи для выполнения своих обязанностей, но не стремившиеся избавиться от детей. В свете выявленных фактов встал вопрос о введении обучения и воспитания вне закрытых заведений, что позволило бы не вырывать детей из привычной им среды.

Дети, принятые по такому принципу, могут весь день проводить в поселении, где они питаются, присутствуют на занятиях и участвуют в играх. Они также получают школьные принадлежности и инвентарь, однако вечером они возвращаются домой.

Во всех центрах было принято решение о проведении в жизнь подобной практики. На 30 июня 1984 года в поселениях имени Бургибы числилось 1457 постоянно проживающих детей и 2474 детей, посещающих их в свободном режиме.

Национальный институт охраны детей

Этот институт создан в соответствии с декретом № 73-8 от 8 января 1973 года. Перед ним поставлены следующие задачи:

1) осуществлять исследования и разработки в отношении мер, необходимых для обеспечения детям благоприятных условий здорового и гармоничного развития;

2) способствовать проведению профилактических мероприятий и действий, направленных на обеспечение детям благоприятных условий здорового и гармоничного развития;

3) руководить работой всех учреждений социального и образовательного профиля;

- 4) поощрять в соответствии с действующим законодательством усыновление и размещение брошенных детей;
- 5) оказывать техническую и финансовую помощь частным ассоциациям помощи детям;
- 6) осуществлять технический контроль за деятельностью этих частных учреждений;
- 7) сотрудничать в подготовке квалифицированных преподавательских кадров.

Из-за нехватки необходимых людских и материальных ресурсов Национальный институт охраны детей вынужден был ограничить свою деятельность пунктами 3, 4 и 5, и именно в области, охваченной пунктом 3 (руководство работой государственной системы) и развивается его деятельность.

Следует, однако, отметить, что в июле 1983 года было создано научно-исследовательское бюро, призванное работать в области, предусмотренной пунктом I. Реально оно функционировало лишь в этом году, чем и объясняется неудовлетворительное качество разработок, касающихся принятия детей на иждивение Институтом, социального лица матери, бросающей своих детей, самих этих детей, и т.д.

С какого момента можно считать, что ребенок брошен? Почему он брошен? Какое будущее ждет этого ребенка?

Причины, по которым бросают детей, достаточно глубоко изучены не были, но представляется, что в основном они связаны с деформацией ценностей и семейных устоев, то есть с явлением, уже упоминавшимся выше. Фактически в 90% случаев речь идет о внебрачных детях, от которых окончательно отказывается мать с момента рождения, а в остальных 10% случаев это дети, брошенные "временно", что в дальнейшем затягивается надолго в ожидании нормализации положения родителей: их вступления в брак, решения жилищного вопроса, получения профессии и т.д.

От детей отказываются прямо в родильных отделениях больниц по всей стране, либо просто бросают их на улице.

Прием

В отчете, представленном в 1981 году, указывается, что количество брошенных детей в месяц колебалось от 6 до 25, что в целом за II месяцев было брошено 168 детей и что среднемесячный показатель равнялся 15,27. За II месяцев было принято 12 детей, найденных на улицах, со среднемесячным показателем 5,8. Следует отметить, что эти дети обнаружены в месяцы с наиболее благоприятными климатическими условиями (май, июнь, июль, август). За этот же период 24 ребенка были переданы на временное содержание при среднемесячном показателе 2,18. Общий среднемесячный показатель колеблется от II до 28. Общее число детей, принятых за II месяцев, составило 204 со среднемесячным показателем 18,54.

Выпуск

Он распространяется на следующие категории детей:

детей, помещенных на содержание с целью усыновления; усыновленных детей; детей, помещенных на содержание в семьи; детей, забранных обратно семьями; умерших детей.

#### Усыновление

Общее число усыновленных детей по всему Тунису пока неизвестно, цифровых данных, отражающих положение на периферии, нет. Так, в 1981 году количество решений об усыновлении, вынесенных судами в столице, колебалось от 11 до 34. Всего за 11 месяцев было вынесено 180 решений со среднемесячным показателем 16,36. По данным проведенного недавно исследования, количество детей, усыновленных за первые 6 месяцев 1984 года, достигло 199.

#### Помещение на содержание в семьи

В докладе 1981 года указывается, что из-за отсутствия информации общественности не было возможности помещать детей на содержание в семьи. Однако в вышеупомянутом недавнем исследовании говорилось, что на 30 июня 1984 года 61 ребенок был помещен на содержание в семьи. Принимающие семьи получают от государства компенсацию, сумма которой была повышена с 15 до 45 динар в месяц на каждого ребенка.

#### Кадры

В Национальном институте охраны детей насчитывается в общей сложности 244 сотрудника. Воспитательные функции возложены на работниц-воспитательниц, в большинстве своем неграмотных и не имеющих образования, но назначенных на эту должность и составляющих 42,3% всего персонала. Нетрудно себе представить качество осуществляемой в интересах детей работы.

#### Принятие на иждивение

Эта деятельность осуществляется в замкнутой среде. Усыновление и в меньшей степени помещение на содержание в семьи справедливо считаются мерами, наиболее благоприятными для всестороннего развития детей. Именно поэтому основной функцией Национального института охраны детей до сих пор являлось облегчение процедур усыновления. В этой связи следует особо указать, что как при отказе от детей, так и при их усыновлении отношение к детям неодинаково по признаку пола.

На 7 декабря 1981 года в Институте насчитывалось 142 ребенка, из них 42 мальчика и 100 девочек; последние составляли 70,42% общего числа воспитанников.

Девочки составляют также от 65 до 75% общего числа усыновленных детей. Практически все постоянные воспитанники Института были помещены в Институт на временное содержание. Этих детей обычно называют подопечными государства, их помещают в коммунальные школы и за ними ведет наблюдение специальный персонал психологов и педагогов.

Были приняты меры по размещению детей-школьников в детских поселениях имени Бургибы, и в 1983 году в эти поселения было направлено около 15 детей.

Однако с появлением в Тунисе детских поселений СОС, предпочтение стали отдавать этим последним, поскольку они обеспечивают образ жизни, в значительной степени заменяющий семью.

Кроме того, укрепление психолого-педагогических бригад, осуществленное в этом году, создание научно-исследовательского бюро, многочисленные идущие в едином направлении меры, предпринятые педиатрами, психиатрами, специалистами в области питания, воспитателями, организаторами досуга и санитарным персоналом несомненно помогут улучшить содержание детей и в еще большей степени будут способствовать включению брошенных детей в жизнь общества.



## Детские поселения СОС

Эти учреждения предназначены для детей, потерявших родителей, или для нуждающихся детей. Дети в них объединены в небольшие группы и имеют закрепленное за ними постоянное жилье. Такие поселения работают по принципу, который дополняет практику, применяемую в детских поселениях имени Бургибы. В основу их деятельности положены следующие педагогические принципы:

- воспитание детей осуществляется женщиной, выступающей в роли матери;
- создаются семьи, в которых мальчики и девочки живут как братья и сестры под присмотром "матери" СОС;
- семьи размещаются в односемейных домах;
- группа таких домов составляет единое поселение.

В детском поселении СОС может быть от 6 до 20 домов, находящихся под руководством директора, который является советником "матерей" СОС и обеспечивает мужское начало в педагогическом отношении. Воспитание в детских поселениях СОС дополняется социально-педагогической и психотерапевтической помощью.

В Тунисе существуют два поселения СОС, созданные после заключения соглашения от 26 марта 1983 года между правительством Туниса и организацией "СОС Киндердорф Интернешнл". Поселения начали функционировать с 1 ноября 1983 года. В момент открытия в поселении в Гаммарте насчитывалось 42 воспитанника и 12 "матерей", а в Силиане 26 воспитанников и 8 "матерей". Сейчас в Гаммарте 10 семейных домов на 90 детей, в Силиане 6 домов на 54 ребенка. Руководство обоими поселениями осуществляет созданная с этой целью в 1982 году тунисская ассоциация детских поселений СОС, которая также призвана более подробно информировать граждан и государственные учреждения о проблемах сирот и брошенных детей.

### b) Малолетние правонарушители

В действующем законодательстве закреплён принцип освобождения несовершеннолетних от уголовной ответственности. Этот принцип полностью распространяется на детей до 13 лет, которые не могут быть осуждены ни при каких обстоятельствах (статья 38 УК). В отношении лиц от 13 до 18 лет применение этого принципа оговорено рядом условий. Судьи могут от него отойти, если "по их мнению того требуют обстоятельства дела и личность совершившего правонарушение", и определить меры наказания (пункт 2 статьи 225 УК). Если применяется мера наказания, несовершеннолетний в полной мере пользуется правом на то, чтобы его несовершеннолетие было принято во внимание как смягчающее обстоятельство (статья 43 УК).

### Специальная юрисдикция по делам несовершеннолетних

Основу уголовного законодательства, касающегося детей, составляют практически две инстанции: судья по детским делам и уголовный суд по делам несовершеннолетних.

#### Судья по детским делам

Назначается председателем суда I-й инстанции из числа членов судейской коллегии. В принципе при выборе судьи необходимо руководствоваться его интересом к проблемам детей и его личным качествам. Однако на деле, особенно на периферии, ознакомление с проблематикой и освоение особенностей этой работы происходит в процессе непосредственной деятельности уже после назначения.

Закрепленная за этим единственным судьей компетенция *ratione loci* весьма обширна и определяется местом совершения правонарушения, местом жительства или содержания правонарушителя или местом, где он был задержан (статья 226 УПК); это же касается и суда по уголовным делам). С точки зрения *ratione materiae* он компетентен судить за уголовные преступления (статьи 224 и 249 УПК) и правонарушения (совершенные несовершеннолетними в возрасте от 7 до 13 лет, статья 224).

Судья по детским делам пользуется также специальной юрисдикцией, уполномочивающей его проводить расследование (статья 234 УПК). Это представляет собой отход от принципа разделения следственной и судебной юрисдикции. В результате расследование, порученное такому судье, уже не ограничивается изучением элементов виновности и должно быть направлено на достижение двух основных целей: доведение до сведения подследственного всех обстоятельств дела в сложившейся ситуации и стремление принять необходимые меры для его возвращения в общество.

#### Уголовный суд по делам несовершеннолетних

Этот суд состоит из председателя судебной коллегии Кассационного суда и четырех заседателей, отбираемых во всех возможных случаях из числа лиц, которым поручена охрана детей, или из бывших судей по детским делам (статья 249 УПК). В компетенцию этого суда входят дела несовершеннолетних в возрасте от 13 до 18 лет.

#### Возбуждение дела

В отношении несовершеннолетних исключается применение процедуры, предусмотренной для случаев поимки с поличным, или прямое возбуждение дела (пункт 3 статьи 228 УПК). Таким правом пользуется только прокуратура (статья 228 УПК). Ее монопольное право в этой области подкреплено тем, что некоторые административные службы (налоговая, таможенная, охраны вод и лесов) лишены в этой области своего традиционного права на задержание и могут лишь подать предварительный иск (пункт 2 статьи 232 УПК). Это ограничение применено с той целью, чтобы забота о финансовых средствах государства не нанесла ущерб осуществлению реформы, начатой законодательным органом еще в 1955 году.

Дела несовершеннолетних в судах первой инстанции поручаются специально выделенным одному или нескольким прокурорам по делам несовершеннолетних (пункт 3 статьи 227), а в уголовном суде – должностному лицу прокуратуры (пункт 3 статьи 249). Прокуратура при суде может прекратить производство дела, передать его судье по детским делам или следователю прокуратуры по делам несовершеннолетних (статья 228). Дело поступает к следователю прокуратуры в обязательном порядке, если речь идет об уголовном преступлении (пункт I статьи 228), а также в большинстве тех случаев, когда по делу проходят важные соучастники и другие исполнители, когда имело место тяжкое преступление или когда ведение следствия связано с серьезными трудностями (статья 233).

#### Предварительное следствие

Основополагающим принципом здесь является необходимость изучения личности несовершеннолетнего. В интересах несовершеннолетнего такое изучение является обязательным. Оно заключается в том, чтобы собрать все сведения о материальном положении и моральном состоянии семьи, о характере и прошлом несовершеннолетнего, о том, с кем он общался в школе, о его поведении там, об условиях жизни, о том, где он воспитывался и т.д. В случае необходимости судья по детским делам может потребовать проведения медицинской или медико-психиатрической экспертизы (исследования физического, психологического и психического состояния ребенка)

или помещения несовершеннолетнего в центр приема или в центр наблюдения (под контроль врачей и воспитателей) (статья 234).

После непрерывного наблюдения, срок которого в принципе не должен превышать 3 месяцев (в школе, в мастерских, во время спортивных занятий), и после обсуждения результатов составляется специальный доклад. Наблюдавшие могут высказать свое мнение о представляющихся необходимыми мерах. Становится ясно, что в этой области судье уже недостаточно найти доказательства, подтверждающие факты, на основании которых он заводит дело и дает им юридическую оценку. Судье теперь необходимо знать личность тех, против кого он обязан принять соответствующие меры, а для этого он должен прибегнуть к помощи специалистов в области гуманитарных наук. Расследование более не является только "фактологическим", оно становится личностным и социальным. Подход к проблемам касается теперь не только "существа", но и "существования".

Формальные правила УПК (особенно положения статей 69-72) к этому следствию не применяются (пункт 2 статьи 234). Процедура остается весьма гибкой и простой, важнейшие процедурные гарантии сохраняются. На всем этом предварительном этапе строго соблюдается принцип состязательности, который действует в пользу не только совершеннолетнего, но и, как того требует статья 237, его родных и близких: родителей, опекуна или лица, с которым он проживает на законных основаниях. В соответствии с этой же статьей судья по детским делам, а также следователь прокуратуры обязаны немедленно назначить защитника, если такового по делу не имеется. Однако практически защитник может выступать в защиту прав несовершеннолетнего только в суде (статья 239 и последующие). Предусмотрена и еще одна гарантия: разрешено обжаловать решения судьи по детским делам и следователя прокуратуры, касающиеся мер пресечения по статье 237, которые судья или следователь могут избрать на этом подготовительном этапе (статья 247). В принципе эти меры весьма разнообразны, но все они сводятся к тому, что несовершеннолетний помещается под надзор какого-либо лица или учреждения (статья 237). В исключительных случаях несовершеннолетний старше 13 лет может быть временно помещен в следственный изолятор. Там он содержится в специальном отделении и, насколько это возможно, изолируется на ночь (статья 238). По завершении следствия судья по детским делам может либо сам рассмотреть дело в качестве судьи, либо передать его следователю прокуратуры, если по делу необходимы действия, выходящие за рамки его полномочий (статья 235).

#### Решение суда

Доказав виновность несовершеннолетнего, юридические инстанции по делам несовершеннолетних применяют к нему одну из следующих мер наказания:

- помещение ребенка под наблюдение его родителей, опекуна, лица, с которым он проживает, или лица, достойного доверия;
- направление в частное или государственное образовательное или профессионально-техническое учебное заведение или учреждение;
- направление в компетентное медицинское или медицинско-педагогическое учреждение;
- направление в распоряжение службы по оказанию помощи детям;
- направление в специальный интернат для малолетних правонарушителей школьного возраста (статья 241 и пункт 3 статьи 250).

(В Тунисе существует несколько центров наблюдения и воспитания: МГИРА, основанный в 1969 году и предназначенный только для наблюдения; ГАММАРТ, 1950 год; СФАКС, 1952 год; ЛА МАНУБА, основанный в 1959 году и предназначенный для девочек; СИДИ-ЭЛЬ-ХЕНИ, созданный в 1972 году для целей перевоспитания, но выполняющий также функцию центра наблюдения).

Слушание дела происходит, как правило, при закрытых дверях. Присутствовать разрешается только родителям или опекуну, адвокатам, а также представителям детских ассоциаций и учреждений (статья 240 и пункт I статьи 250). Следует также отметить, что во время и после слушания дела данные о личности и характеристика ребенка не подлежат преданию гласности. Воспроизводить ход процесса в печати, по радио и телевидению запрещается. Такой порядок обеспечивает ребенку важные психологические преимущества.

В исключительных случаях к несовершеннолетнему старше 13 лет может быть применена мера уголовного наказания, которая в свою очередь может быть применена условно с помещением под надзор (статья 244 и пункт 3 статьи 250). В таком случае судья обязан установить, является ли уголовная мера наказания целесообразной и действительно ли она необходима или желательна с учетом личности несовершеннолетнего. Если он сочтет ее нецелесообразной, он может отказаться от нее и применить более мягкую меру наказания, даже если совершеннолетний действовал сознательно.

Инстанции, уполномоченные пересматривать дело

Хотя судебное решение и является окончательным (авторитет судебного разбирательства), юридические инстанции по делам несовершеннолетних могут в любой момент пересмотреть содержание принятого решения в его воспитательной части. Согласно статье 254 для принятия дела к производству судьей по детским делам необходимы действия со стороны родителей, опекуна или лица, с которым ребенок проживает, самого несовершеннолетнего или прокуратуры. Возможно также вмешательство лица, ответственного за исполнение дела, то есть лица, которому поручено осуществлять надзор. (Эти лица делятся на две категории: штатные работники, которым начисляется заработная плата, и добровольцы, отобранные и назначенные судьей по детским делам). Эти лица осуществляют контроль за воспитанием ребенка и регулярно представляют судье по детским делам отчеты, практически осуществляя тем самым надзор за условно осужденным (статьи 251 и 252).

В той же статье судье предоставляется право вновь принять дело к производству. Он "должен иметь возможность периодически и с достаточной гибкостью согласовывать свое решение с меняющимися обстоятельствами дела, и таким образом обеспечить ему должное юридическое оформление".

Решение вопросов о пересмотре дела находится в компетенции судьи по детским делам, вынесшего первоначальное решение.

Если первоначальное решение было принято уголовным судом по делам несовершеннолетних, то пересмотр осуществляет судья по детским делам по месту жительства родителей или проживания несовершеннолетнего.

Предусматриваются три основных группы причин, по которым дело может быть пересмотрено (статья 254):

- пересмотр дела в отношении надзора при условном осуждении (пункт 2 статьи 252): лицо, уполномоченное осуществлять надзор, направляет судье по детским делам рапорт в случае плохого поведения, моральной угрозы несовершеннолетнего, систематических ломех для осуществления надзора, а также в случае, если оно считает полезным изменить условия, в которые был помещен несовершеннолетний;

- пересмотр по просьбе несовершеннолетнего, родителей, судебной прокуратуры или судьи;

- пересмотр в связи с просьбой о возвращении под надзор в место прежнего проживания (если ребенок был отчужден от семьи, его родители или опекун могут обратиться с такой просьбой к судье по детским делам только по истечении 9 месяцев. Если их просьба отклонена, возобновить ее можно только по истечении еще 9 месяцев).

От кого бы ни исходила просьба о пересмотре, судья по детским делам правомочен принять любую из предусмотренных законодательством о несовершеннолетних мер и даже усилить первоначальную меру. Однако перейти к уголовным мерам наказания, если меры по перевоспитанию не подействовали, он не может. Так, например, в случае упорного плохого поведения, постоянных нарушений дисциплины, опасного поведения, неудачи предыдущих мер охраны и наблюдения трудновоспитуемый несовершеннолетний, если он старше 15 лет и судья принял обоснованное решение, может быть помещен в специализированное учреждение и оставлен там до достижения определенного возраста, но не старше 20 лет (пункт 3 статьи 254).

### 3. Охрана детей и молодежи

Экономическая и социальная защита детей и молодежи имеет самые разнообразные аспекты. В принятых мерах, касающихся детского труда, мы видим различные стороны охраны детей - их физическую, воспитательную и моральную защиту.

В тунисском законодательстве об обязательствах и договорах есть целый ряд положений, направленных на охрану несовершеннолетних. Это касается правоспособности и права распоряжаться имуществом, принадлежащим детям.

В уголовном кодексе предусмотрены суровые меры наказания за противоправные действия в отношении несовершеннолетних.

В случае изнасилования ребенка младше десяти лет, даже без применения силы, предусмотрена высшая мера наказания.

Лицу, виновному в совершении полового акта с ребенком моложе 15 лет, грозят каторжные работы сроком на пять лет, а за совершенные при этом развратные действия срок каторжных работ составляет до 10 лет. Мера наказания усиливается, если виновный является старшим родственником жертвы или ее учителем, прислугой, врачом (статья 227-229 Уголовного кодекса).

За подстрекательство несовершеннолетних к развратным действиям наказание составляет от трех до пяти лет тюремного заключения и штраф (статья 223 УК).

В Уголовном Кодексе предусмотрены также строгие меры наказания за похищение детей.

### 4-5. Труд детей и молодежи и юридическая защита рабочей молодежи

Трудовой кодекс (ТК) определяет, что работа на промышленных предприятиях допускается для лиц не моложе 15 лет (статья 53). Только предприятия, руководимые родителями ребенка, могут использовать труд детей моложе 15 лет (статья 54 ТК), а если выполняемая работа вредна для здоровья детей, то минимальный возраст устанавливается выше 15 лет (статья 58 ТК).

В сельскохозяйственной деятельности и на сельскохозяйственных предприятиях минимальный возраст устанавливается в 13 лет, но при условии, что выполняемые ребенком работы не вредят его здоровью, нормальному развитию и занятиям в школе (статья 55).

Вне промышленного и сельскохозяйственного производства можно использовать труд детей начиная с 13 лет, но при условии выполнения им посильного труда, не причиняющего вреда их здоровью, нормальному развитию и занятиям в школе (статья 56 Трудового Кодекса).

Однако дети моложе 14 лет могут заниматься посильным трудом не более двух часов в день как в обычные дни школьных занятий, так и в период школьных каникул. Ребенок не должен быть занят посильным трудом и занятиями в школе более семи часов в день. Дети в возрасте от 14 до 15 лет не должны быть заняты на работе более четырех с половиной часов в день (статья 56 Трудового кодекса).

На всех государственных предприятиях должен проводиться обязательный медицинский осмотр детей и подростков моложе 18 лет (статья 61). Использование труда детей и женщин на ночных работах запрещено. Также запрещено использовать труд детей моложе 18 лет и женщин на подземных работах и на предприятиях по переработке или хранению металлолома (статьи 65, 77 и 78 Трудового кодекса).

Кроме того, дети могут с разрешения регионального инспектора по труду заниматься художественной или научной деятельностью.

Прежде чем выдать такое разрешение, инспектор должен удостовериться в состоянии здоровья, физическом развитии и моральном состоянии ребенка. Такая работа детей должна заканчиваться до полуночи и обеспечивать им непрерывный отдых в течение не менее 14 часов.

Все работодатели обязаны вести для инспекции по труду журнал, в котором фигурируют фамилии и даты рождения, а также часы работы всех работников моложе 18 лет.

Если при медицинском осмотре установлено, что выполняемая ребенком работа ему не по силам, инспекция по труду обязана потребовать прекращения такой работы на предприятии.

Работодатели, нарушающие нормы охраны труда детей и правила использования труда лиц моложе 18 лет, подвергаются штрафу. При повторном нарушении мера наказания удваивается.

Если нарушение касается гигиены труда или правил техники безопасности, то суд устанавливает срок, в течение которого должны быть приняты меры по устранению этих недостатков. Если такие меры не приняты, предприятие подлежит закрытию.

## ЧАСТЬ II

### СТАТЬЯ II: ПРАВО НА ДОСТАТОЧНЫЙ ЖИЗНЕННЫЙ УРОВЕНЬ

#### A. ВВЕДЕНИЕ

Как указывалось выше, прогресс в Тунисе в конечном итоге служит интересам человека. Во имя этой цели тунисские планы развития направлены на повышение уровня жизни населения. Задача 6-го плана развития (1982-1986 годы) заключалась в том, чтобы создать максимальное количество рабочих мест и тем самым повысить уровень жизни лиц, не имеющих работы, обеспечив им стабильные доходы. В 7-м плане развития значительное место отведено постоянному и ускоренному развитию сельского хозяйства, однако конечная цель по-прежнему заключается в том, чтобы повысить уровень жизни граждан Туниса, и в частности обеспечить их в достаточной степени продуктами питания и тем самым повысить доходы сельских тружеников, составляющих значительную группу населения.

Конкретные меры, принятые с целью повышения уровня жизни населения, рассматривались в предыдущих документах и будут излагаться в последующих главах, касающихся статей II и I2 Пакта, а также в последующих докладах по другим статьям Пакта.

#### B. ПРАВО НА ДОСТАТОЧНОЕ ПИТАНИЕ

I) В тунисском законодательстве закреплено право лиц, не имеющих средств к существованию, на достаточное питание.

В Кодексе статуса личности закреплены юридические нормы обеспечения права на продукты питания.

Помимо женщин, состоящих в разводе и пользующихся правом на продовольственное содержание, правом на обеспечение продуктами питания пользуются:

- отцы и матери, деды и бабки по отцовской линии независимо от того, к какому поколению они принадлежат;

- прямые родственники по нисходящей линии в любом поколении. Закон уточняет, что дети, живущие в достатке, обязаны обеспечивать продуктами питания своих нуждающихся родителей и других родственников по восходящей линии, а старшее поколение обеспечивает питание своего потомства, не имеющего возможности зарабатывать на жизнь;

- кроме того, право на обеспечение продуктами питания может вытекать из договорного обязательства. Лицо, обязавшееся обеспечить продовольственное содержание, обязано это сделать.

#### 2. Реформа аграрных систем

Сельскохозяйственный сектор продолжает поддерживать землевладельческие структуры, несовместимые с целями сельскохозяйственного развития. Все еще существуют серьезные проблемы, решить которые можно только за счет долгосрочной политики структурной перестройки. В этой области предусмотрено продолжать усилия, направленные на полную ликвидацию старых форм землевладения, на постепенное улучшение положения в области владения сельскими угодьями, особенно теми, на которых в краткосрочном плане предусмотрено интенсифицированное производство.

Действия по структурной перестройке направлены на создание жизнеспособных хозяйств путем борьбы с дроблением угодий, упорядочения аренды земель, укрупнения землевладений и создания обществ по выполнению сельскохозяйственных работ.

### 3. Совершенствование методов производства

#### а) Научные исследования

Интенсификация сельскохозяйственного производства невозможна без эффективных исследовательских работ. Наша политика в области научных исследований направлена на перестройку и усиление исследовательского потенциала, предоставление в распоряжение сельского хозяйства практических разработок и их максимальное распространение среди производителей. Задачи долгосрочного развития требуют уделять приоритетное внимание вопросам создания научно-исследовательских учреждений, способных обеспечить прогресс в сельскохозяйственном развитии, в частности в таких областях как животноводство, орошаемое земледелие, зерновое хозяйство, сохранение водных ресурсов и почвозащита.

Соответственно потребуется укрепить централизованный исследовательский потенциал, региональные научные станции и создать новые исследовательские центры в регионах, где ранее углубленных исследований не проводилось.

Развитие региональных станций направлено на то, чтобы вооружить службы развития действенными средствами агропропаганды, демонстрации, подготовки и переподготовки кадров. Это позволит также приблизить исследования к практике и установить с сельскими тружениками постоянный диалог на экспериментальных полях.

#### б) Агропропаганда

В этой области продвижение вперед будет зависеть от полученных исследователями результатов и от того, насколько управленческий аппарат сельского хозяйства будет способен распространять передовой опыт. Предусмотренные меры будут приниматься на нескольких уровнях. Задача заключается в следующем:

- максимально приблизить работников агропропаганды к сельскому труженику путем создания и укрепления территориальных ячеек агропропаганды;
- развивать агропропаганду по принципу "излучения", то есть путем направления в сельскохозяйственный сектор молодых специалистов;
- укреплять массовую агропропаганду с целью охватить максимальное число тружеников при минимуме средств и в кратчайшие сроки.

Такой подход к вопросу агропропаганды требует:

- реформы системы обучения наиболее активно участвующего в агропропаганде звена (младшие техники и младшие инженеры);
- согласования и распределения задач между различными структурными звеньями системы агропропаганды на основе принципа прямого общения с сельским тружеником.

### 4. Хранение продовольствия и борьба с потерями

В целях ослабления зависимости страны в области продовольствия, в первую очередь зерновых, особые усилия будут направлены на сокращение потерь после уборки урожая за счет постепенного отказа от использования мешков при уборке, перегрузке, транспортировке и хранении. Кроме того, в отношении таких стратегически важных продуктов, как зерновые, потребовалось разработать новую линию с целью достижения продовольственной безопасности. Был разработан генеральный план



хранения зерновых. По имеющимся оценкам, необходимо создать дополнительные хранилища на 350 000 тонн зерна. Первая очередь вместимостью 100 000 тонн уже строится.

Природные условия в Тунисе таковы, что почвы подвержены сильной эрозии. Это явление часто усугубляется неправильной эксплуатацией почв и применением непригодных способов земледелия. Действия по почвозащите и развитию земельных угодий будут иметь двоякую цель:

- обеспечить в долгосрочном плане развитие сельского хозяйства за счет почвозащиты и капиталовложений;
- способствовать устранению неравновесия в развитии различных регионов страны.

Охранные действия касаются в первую очередь плотин, пополнения водоносных горизонтов и борьбы с наводнениями. Действия по сохранению водных ресурсов и почв касаются в первую очередь противоэрозийного обустройства водохранилищ, создаваемых плотинами.

#### 5. Поступление в торговую сеть, снабжение и цены

Предусмотрены значительные капиталовложения в целях совершенствования системы поставок продуктов во внутреннюю торговую сеть: увеличения складских и холодильных мощностей, устройства пунктов сдачи молока, увеличения мощностей обрабатывающих предприятий агропромышленного сектора. Кроме того, разработаны следующие меры:

- создание фонда содействия выращиванию некоторых овощных культур с целью упорядочить снабжение и сократить колебания цен, что позволит стабилизировать доходы и поддерживать их на должном уровне;
- поощрение кооперирования услуг;
- поощрение более значительного, постоянного и структурно более совершенного участия различных межотраслевых органов;
- поощрение и развитие системы договоров по различным культурам.

В области снабжения предусматривается перестройка существующих снабженческих структур путем принятия следующих мер:

- увеличение складских мощностей центров распределения поступающих продуктов;
- создание новых складских центров там, где складские мощности недостаточны;
- увеличение отчислений в доход перекупщикам, с тем чтобы заинтересовать их в деятельности в труднодоступных зонах.

В отношении цен на продукты, устанавливаемых государством перед началом каждой уборочной кампании вырабатываются прогнозы с учетом изменения издержек производства, объема дотаций на поступающие в торговлю продукты и уровня международных цен. Принимается также в расчет необходимость обеспечить производителям достаточную прибыль, которая гарантировала бы их доходы. Ориентация производителей капиталовложений зависит, кроме того, от прогноза уровня издержек

производства. Этот уровень должен быть достаточно высоким, чтобы поощрять увеличение капиталовложений в областях производства, подверженных особому риску. Однако необходимо согласование цен на различные сельскохозяйственные продукты, чтобы обеспечить сбалансированное развитие всей отрасли.

#### 6. Повышение уровня потребления продовольствия

Деятельность, направленная на повышение уровня потребления продовольствия, особенно среди наиболее уязвимых групп населения, облечена в различные формы.

Осуществление политики в области занятости, развитие планирования семьи, образования, выполнение программ регионального развития и многие другие меры неизбежно способствуют повышению уровня потребления продовольственных товаров.

Тем не менее правительство всегда поддерживало цены на основные продукты питания на уровне, приемлемом для наиболее уязвимых групп населения.

Независимо от преимуществ, предоставляемых некоторыми предприятиями, где заключаются коллективные договоры и имеются столовые, и без учета столовых, которыми пользуются студенты высших учебных заведений, наиболее общие мероприятия, распространяющиеся на все население Туниса, осуществляются общим компенсационным фондом.

Деятельность этого фонда направлена на то, чтобы цены на продовольствие и некоторые продукты оставались доступными для лиц с низкими доходами. Предусматривается компенсация цен на масло, хлеб, мучные изделия (продукты, традиционно употребляемые тунисцами), сахар, молоко и т.д. Расходы государства в этой области растут с каждым годом. В 1980 году оно выделило на финансирование фонда 67 млн. динаров, а в 1982 году - 165 млн. динаров.

#### 7. Меры по предупреждению заражения продовольственных продуктов

Сохранность продуктов питания, предназначенных для потребления, обеспечивается рядом исполнителей.

Некоторые меры осуществляются заранее, еще до поступления продуктов в продажу.

В соответствии с законом от 6 августа 1982 года о создании института нормирования и промышленной собственности, на него возложена, среди прочего, деятельность по аттестации товаров. Выдачей сертификатов или приложением аттестационных знаков институт подтверждает соответствие продуктов или услуг техническим нормативам и требованиям.

Следует отметить, что аттестация отличается от обычного контроля, порученного в соответствии с действующими установлениями различным управлением министерств. Обычно аттестация проводится задолго до принятия решения о поступлении продукта в продажу и, как правило, по просьбе производителя.

Последующий контроль осуществляется в установленном порядке управлениями министерств, которые проверяют отобранные образцы поступивших в продажу товаров. Для выполнения этой работы при министерстве промышленности и торговли имеется должным образом оборудованная лаборатория. Кроме того, муниципальные службы часто проверяют городские рынки и предприятия розничной торговли.

На протяжении ряда лет больницы, столовые высших учебных заведений, гостиницы и другие крупные предприятия имеют в штате постоянных специалистов по вопросам питания, следящих за качеством блюд.

#### 8. Ознакомление с принципами рационального питания

Развитие системы образования несомненно является наиболее важным фактором, способствующим ознакомлению с принципами рационального питания. Учащиеся начальной школы познают эти принципы в процессе практических уроков и занятий. В средней школе эта подготовка продолжается на уроках естественных наук.

В то же время Институт питания, расположенный в столице, доводит до сведения общественности результаты своих исследований через прессу, радио и телевидение. По первому каналу радиовещания Туниса ежедневно выходит в эфир передача, подготовленная директором Института питания, профессором медицины.

#### C. ПРАВО НА ДОСТАТОЧНУЮ ОДЕЖДУ

##### I. Развитие права на достаточную одежду

Трудовой кодекс гарантирует лицам наемного труда право на одежду.

Ежегодно 1 мая все лица наемного труда, на которых распространяется трудовое законодательство, должны получить от своих работодателей два комплекта рабочей одежды, две рубашки, пару ботинок и один головной убор.

Если коллективные договоры или установившаяся практика предусматривают более благоприятные условия, то соблюдаются последние. В случае нарушения работодатель может быть оштрафован.

Кроме того, Национальный комитет социальной солидарности заботится об обеспечении нуждающихся граждан одеждой путем предоставления ее в дар от частных лиц или учреждений.

##### 2. Улучшение производства одежды

Производство и фактическое наличие текстильных товаров и одежды в Тунисе значительно возросли. Создание текстильных и пошивочных предприятий поощрялось по двум причинам:

- необходимые капиталовложения невелики;
- в отрасли создается много новых рабочих мест.

Способствовали этому и вековые традиции ткачества. В настоящее время заводы фирмы "Сожитекс" полностью обеспечивают в стране спрос на различные сорта тканей.

Кроме того, несмотря на последствия экономического кризиса, путем введения более продуктивного оборудования удалось стабилизировать цены на текстильную продукцию. Так с 1981 по 1983 год не повышались цены на шерстяную нить, хлопковую нить, шерстяные ткани и ткань "виши" для фартуков (данные Национального статистического института за 1984 год).

С 1981 по 1983 год было отмечено незначительное удорожание готовой одежды:

- мужская верхняя одежда с 119,0 до 141,2
- нижнее белье и чулочные изделия с 119,8 до 140,8
- обувь с 140,6 до 164,7

(Индекс цен для семейного потребления по данным Национального статистического института за 1984 год).

Производство также поддерживалось на стабильном уровне, что обеспечило нормальные поставки. Индекс промышленного производства по текстильным товарам и одежде составил 127,9 в 1981 году и 127,2 в 1983 году (базовый показатель 100 приходится на 1977 год).

## D. ПРАВО НА ЖИЛИЩЕ

### I. Основные законы

Сразу же после завоевания независимости государство приняло целый ряд законодательных и нормативных актов, направленных на строительство и улучшение жилья вообще, а также на строительство жилья для социальных групп с низкими доходами.

В целях содействия жилищному строительству и обеспечения жильем социальных групп с низкими доходами приняты следующие меры:

- декретом от 30 марта 1956 года учреждена помощь государства в виде долгосрочных кредитов под низкий процент на строительство жилья для рабочих;
- декретом от 30 марта 1957 года учрежден порядок предоставления "строительным кооперативным рабочим обществам" (СКОЛ) права на строительство и распределения жилья для рабочих в порядке найма или продажи. Льготная цена подлежит погашению в течение тридцати лет при 2% годовых;
- законом от 31 мая 1961 года компаниям, обществам и кооперативам, ведущим строительство недорогого жилья, предоставляются льготы при уплате налогов;
- декретом-законом № 2 от 4 февраля 1963 года приняты особые положения, согласно которым недорогое жилье, построенное государством или местными общественными группами за счет средств, полученных в виде займов от национального фонда содействия улучшению жилищных условий, выделяется в пользу семей с низким доходом; при этом государство оказывает получателям помощь, исчисляемую по льготной цене, и предоставляет им беспроцентные долгосрочные кредиты;
- законом 63-17 от 27 мая 1963 года о поощрении государством развития сельского хозяйства созданы выгодные условия для кредитования строительства жилья в сельских хозяйствах, а также для строительства и улучшения жилья в сельской местности в целом.

Кроме того, в целях повышения качества жилья и улучшения жилищных условий приняты следующие меры:

- декретом от 3 августа 1956 года учрежден Национальный фонд содействия улучшению жилой среды, в задачу которого входит организация ремонтных и санитарно-технических работ по улучшению условий главным образом в жилых домах, на предприятиях и в административных учреждениях путем выделения дотаций владельцам, предоставления ссуд или гарантий под займы и полное или частичное покрытие расходов по выплате процентов с сумм, вложенных в ремонтные работы;

- законом № 19 от 10 сентября 1957 года создана Национальная компания Туниса по недвижимости в целях развития жилищного сектора с помощью государства или общественных групп;

- постановлением от 20 июня 1960 года учреждена премия за строительство нового жилья. Эта премия, присуждаемая только за строительство жилья, отвечающего санитарным нормам, стандартам прочности и городской планировки, выплачивалась на протяжении двадцати лет начиная с даты завершения строительства. В 1976 году срок выплаты такой премии был сокращен до десяти лет, а в 1980 году она была упразднена, и с этого времени государство приняло новые формы поощрения.

Однако данные меры оказались, очевидно, недостаточными для расширения жилого фонда настолько, чтобы удовлетворять как дополнительный спрос на жилье, так и нужды населения, проживающего в плохих условиях. Тем не менее принятые меры способствовали динамичному развитию жилищного сектора, о чем, в частности, свидетельствует растущее участие семей в строительстве. В период с 1956 по 1968 год (т.е. до конца II Плана развития) было построено в общей сложности 109 384 единиц жилья, в том числе 55 309 единиц были построены государственным сектором; из этого числа до начала I Плана развития было построено и передано населению с низкими доходами 37 160 единиц (т.е. более 66%). Кроме того, 54 075 единиц жилья были построены частным сектором, из них 27 800 единиц (т.е. более 50%) были возведены только в период II плана.

Экономический прогресс, создание новых рабочих мест, повышение доходов и уровня жизни населения, с одной стороны, демографический рост и расширение градостроительства, с другой, должны были привести к началу III Плана экономического и социального развития (1969-1972 годы) и особенно в ходе осуществления IV и V Планов развития (1973-1976, 1977-1981 годы) к постоянно возрастающему спросу на жилье, ставшее предметом основной заботы семей.

Для решения этой проблемы и в целях улучшения создавшегося затруднительного положения, вызванного тем, что в настоящее время еще существует много примитивного жилья (в 1966 году оно составляло 44% жилого фонда), государство разработало новую стратегию интенсивного жилищного строительства, которая предусматривает:

- усиление государственного финансирования жилищного строительства для социальных групп с низким доходом. Так, Национальной компании Туниса по недвижимости было поручено выполнение правительственных программ по строительству жилья для сельской местности, для пригородной зоны, а также недорогостоящих жилых домов с тем расчетом, что начиная с 1969 года ежегодно будет возводиться до 5000 единиц жилья, а начиная с 1972 года их число увеличится до 10 000 единиц в год;

- активизацию участия семей в финансировании жилищного строительства путем создания в соответствии с законом № 24 от 7 мая 1973 года Национальной сберегательной кассы жилищного строительства в целях обеспечить сбережения семей, предназначенные для жилищного строительства (в 1980 году сумма таких сбережений составляла 44% от общей суммы сбережений, предназначенных для покрытия семейных нужд), и расширить кредит на приобретение или строительство жилья;

- использование экономических органов в целом и финансовых учреждений, в частности, в сети развития жилищного строительства, а также предоставление частным лицам займов на выгодных условиях для финансирования строительства или приобретения жилья;
- приведение в более полное соответствие предложения и спроса на обустроенные земельные участки для жилищного строительства, а также предложения и финансовых возможностей населения с низким доходом; в соответствии с законом № 21 от 14 апреля 1973 года было создано Земельное агентство по жилищному строительству (АФХ), призванное решить эту проблему, а также предотвратить спекуляцию земельными участками путем установления твердых цен с учетом только их стоимости;
- увеличение числа застройщиков в жилищном секторе с целью преодоления жилищного кризиса и для того, чтобы тунисская Национальная компания по недвижимости (СНИТ) получила возможность направить основные усилия на осуществление правительственных программ в интересах населения с низким доходом; эту проблему призван решить закон № 47 от 2 июля 1977 года, регламентирующий деятельность застройщиков; он должен также укрепить участие частного сектора в строительстве недорогого жилья путем предоставления для этих целей определенных государственных льгот и стимулов;
- активное участие Касс социального обеспечения в финансировании жилья вкладчиков. Так,
  - Национальному пенсионному и страховому фонду было разрешено оказывать содействие в финансировании приобретения или строительства жилья вкладчиками путем предоставления займов (подлежащих выплате в течение 15 лет под относительно низкий процент) для пополнения их сбережений в Национальной сберегательной кассе жилищного строительства (КНЕЛ), а также кредитов с целью приобретения земельных участков под строительство или приобретения нового жилья;
  - законом № 54 от 3 августа 1977 года учрежден фонд жилищного строительства для лиц наемного труда, который пополняется за счет взносов работодателей, составляющих 2% от фонда заработной платы; для лиц ежемесячный заработок которых составляет 100-150% гарантированного минимума заработной платы, предоставляемый фондом заем позволяет вести строительство жилья или приобрести его; для лиц, ежемесячный заработок которых составляет 100-150% гарантированного минимума заработной платы, предоставляемый фондом заем также позволяет вести строительство жилья или приобрести его; для лиц, чей ежемесячный заработок составляет 150-300% гарантированного минимума заработной платы, предоставляемый фондом заем позволяет накапливать сбережения, необходимые для участия в системе кредитования индивидуального жилищного строительства.

С другой стороны, чтобы предотвратить спекуляцию недвижимостью, возникающую вследствие возрастающего спроса на жилье, государство приняло следующие меры:

- жильцам предоставлено приоритетное право на приобретение жилья, которое они занимают, при условии, что сами они не являются владельцами какого-либо другого жилья в провинции, где находится занимаемое ими жилье (закон № 39 от 7 июня 1978 года);
- в 1977 году при содействии Национальной кассы социальной помощи по старости, инвалидности и потере кормильца создана Компания государственного жилищного строительства, ведающая строительством и распределением жилья, предназначенного для сдачи внаем вкладчикам по умеренным ценам;

- созданы жилищные ведомства в системе трех крупных управлений в составе некоторых министерств, насчитывающих многочисленный штат сотрудников, которые вынуждены часто менять место жительства; речь идет о министерстве внутренних дел, министерстве обороны и министерстве образования.

## 2. Отдельные меры и программы

### а) Политика финансирования жилищного сектора: сбережения

Система накопления сбережений на индивидуальное жилищное строительство, учрежденная законом № 24 от 7 мая 1973 года поощряет, среди прочего, накопление сбережений гражданами и способствует решению проблемы финансирования строительства жилья.

Так, во исполнение данного закона декрет № 224 от 28 марта 1974 года регламентировал деятельность Национальной сберегательной кассы накоплений на индивидуальное жилищное строительство, возложив на нее три основные задачи:

- накопление сбережений путем привлечения вкладов участников договора о накоплении средств на индивидуальное жилищное строительство;
- предоставление займов физическим лицам, субъектам договоров о накоплении средств на индивидуальное жилищное строительство для финансирования строительства или расширения жилья, равно как для приобретения нового жилья, построенного ассоциированными застройщиками;
- предоставление предварительных кредитов ассоциированным застройщикам для осуществления программ жилищного строительства, предназначенного для участников договоров о накоплении средств на индивидуальное жилищное строительство.

Характерной особенностью системы накоплений на индивидуальное жилищное строительство является то, что на период действия договора вкладчик получает право пользоваться процентами от вкладов на своем счету, а по истечении данного срока - кредитом, составляющим двойную общую сумму сбережений и процентов по ним. Этой системой предусмотрены и другие виды кредита, зависящие от доходов вкладчика.

В настоящее время прежде чем будет снят контроль над кредитом, размер начисляемых вкладчику процентов рассчитывается следующим образом:

	<u>Сбережения в динарах</u>	<u>Сбережения в валюте</u>
На срок действия договора	6,75%	7,5%
По истечении срока действия договора	8,75%	10,5%

Что касается системы кредитования, то категории кредитов, учрежденные с момента создания Национальной сберегательной кассы по накоплению средств на индивидуальное жилищное строительство, в 1986 году были дополнены тремя новыми категориями с максимальной суммой кредита 13 000 динаров, а категории с минимальной суммой кредита были упразднены и вместо них был учрежден фонд жилищного строительства для лиц наемного труда "Фопролос". Такое изменение объясняется ростом цен на жилье пропорционально доходам граждан, что в большей степени отвечает интересам вкладчиков.

В системе накопления сбережений, рассчитанной на 4 года, срок погашения займа устанавливается в 10 лет, а в системе, рассчитанной на 5 лет, срок погашения устанавливается в 15 лет. Годовой процент в обоих случаях составляют 8,25%, а расходы по погашению займов во всех случаях не могут превышать одной трети доходов заемщиков.

Кроме того, чтобы придать определенную гибкость системе кредитования и дать возможность Национальной сберегательной кассе по накоплению средств на индивидуальное жилищное строительство (КНЕА) активнее финансировать жилищное строительство, были учреждены три вида кредита, один из которых имеет переходную форму. Это следующие виды:

- непосредственный кредит; этот режим кредитования был учрежден в 1976 году, то есть в период между созданием КНЕА (1974 год) и истечением срока действия первых договоров о кредитовании индивидуального жилищного строительства (1978 год). В этот переходный период кредит должен был обеспечить возможность финансирования строительства жилья или его приобретения у ассоциированного застройщика. После создания традиционных форм кредитования индивидуального жилищного строительства этот вид кредита более не применяется;

- авансовый кредит; данный вид кредита, учрежденный циркуляром Центрального банка Туниса от 24 февраля 1977 года, распространяется на вкладчиков, подписавших договор на 2 или 3 года (в зависимости от порядка кредитования, рассчитанного на 4 года или 5 лет), и желающих приобрести жилье у ассоциированного застройщика. С июля 1981 года данный вид кредитования получил распространение и в системе финансирования самостоятельного жилищного строительства. В настоящее время годовой процент по нему составляет 11,5%;

- кредит предварительного финансирования; такой кредит предоставляется только ассоциированным застройщикам с целью финансирования программ строительства в интересах вкладчиков, в которых указана стоимость жилья, соответствующая видам вкладов.

Годовой процент по данному кредиту установлен в размере 10,5%, его часть для строительства жилья "пригородного" типа составляет 90% и для строительства дешевых жилых домов - 70%.

Чтобы получить этот кредит, застройщик обязуется сохранить за вкладчиком Национальной сберегательной кассы по накоплению средств на индивидуальное жилищное строительство по меньшей мере 70% дешевого жилья и 90% жилых домов пригородного типа.

Фонд жилищного строительства для лиц наемного труда (ФОПРОЛОС) учрежден в соответствии с законом № 54 от 3 августа 1977 года. Существует два основных вида деятельности данного фонда:

- лицам наемного труда, доход которых составляет 100-200% СМИГ, фонд предоставляет прямой кредит на приобретение жилья пригородного типа под 5% годовых при условии, что вкладчик берет на себя финансирование 10% стоимости жилья, принятой министерством жилищного строительства.

В связи с зарегистрированным ростом стоимости строительных работ декретом от 1983 года была изменена система финансирования, утвержденная в 1977 году, таким образом, что стоимость жилья пригородного типа, ранее составлявшая 3600 динаров, была установлена в размере от 8000 до 10 000 динаров.



- лицам наемного труда, доход которых составляет 200-300% СМИГ, фонд предоставляет два вида кредита: кредит на накопление сбережений под 8,25% годовых и прямой кредит под 5% годовых.

Чтобы стимулировать предприятия к использованию накоплений их работников и с целью оказывать более действенную помощь своим вкладчикам, КНЕЛ учредила трехстороннюю форму договоров, объединив Национальную компанию по недвижимости и некоторые государственные предприятия (Компанию по электро- и газоснабжению, Компанию по использованию и распределению водных ресурсов, Национальную транспортную компанию и др.); такие договоры предусматривают особые условия финансирования строительства жилья для работников соответствующих предприятий, являющихся вкладчиками КНЕЛ.

Такая политика в области накоплений позволила добиться значительных результатов. Так,

- в системе накопления сбережений:

в период с 1974 года и до конца первого полугодия 1986 года было подписано 190 900 договоров с общей суммой накоплений 186 млн. динаров;

- в системе предоставления кредитов:

в период с 1974 года и до начала первого полугодия 1986 года вкладчикам КНЕЛ было предоставлено 36 605 кредитов (непосредственных, авансовых и обычных) на общую сумму 244 млн. динаров;

- в системе предварительного финансирования:

КНЕЛ обеспечила предварительное финансирование строительства 44 879 единиц жилья СНИТ (из них 18 996 единиц пригородного типа и 25 883 дешевых домов), что составило по объему капиталовложений сумму в 258 млн. динаров; 3827 единиц жилья было построено ассоциированными застройщиками, что составляет по объему капиталовложений сумму в 16 млн. динаров;

- в системе кредитов ФОПРОЛОС:

со дня своего образования в 1977 году и до 30 июня 1986 года Фонд жилищного строительства для лиц наемного труда (ФОПРОЛОС) предоставил 21 795 кредитов на общую сумму порядка 64 млн. динаров.

На предварительное финансирование программ СНИТ этот фонд выделил 50 млн. динаров для строительства 32 829 единиц жилья.

В нижеприведенных таблицах показаны результаты мер, принятых как на институциональном и регламентационном, так и на уровне финансовой политики.

b) Национальный проект по ликвидации трущоб

По инициативе главы государства - президента Хабиба Бургибы и во исполнение его распоряжений правительство обязалось в период 1986-1988 годов осуществить программу по ликвидации всех видов примитивного жилья (трущоб и лачуг), еще существующих в Тунисе.

Для претворения в жизнь данной программы декретом № 438 от 12 апреля 1986 года созданы национальный и региональный комитеты, призванные контролировать ее выполнение, и определены соответствующие источники финансирования.

Произведенная в марте 1986 года на региональном уровне перепись населения позволила национальной комиссии по контролю за выполнением этой программы установить, что из 135 000 еще существующих примитивных жилищ 92 000 должны быть полностью снесены и заново отстроены, а 43 000 нуждаются в ремонте.

Эти данные позволили составить программу строительства и схему финансирования для замены до конца 1988 года новыми жилыми домами 92 000 трущоб, предназначенных к сносу.

В этой связи было предусмотрено строительство:

- в 1986 году - 30 000 жилых домов предполагаемой стоимостью 61 млн. динаров;
- в 1987 году - 40 000 жилых домов предполагаемой стоимостью 82 млн. динаров;
- в 1988 году - 22 000 жилых домов предполагаемой стоимостью 42 млн. динаров.

В настоящее время ведется строительство 20 000 жилых домов (из них 1000 домов уже построено); кредиты, необходимые для строительства в 1986 году остальных 10 000 домов, предоставлены в распоряжение соответствующих провинций.

В области финансирования данной программы вышеупомянутым декретом № 438 были определены следующие источники финансирования:

- бюджетные дотации;
- отчисления из Национального фонда улучшения жилой среды (ФНАХ);
- отчисления из любой другой специальной программы, касающейся жилья (в частности, программы регионального развития);
- участие банковской системы;
- безвозмездные субсидии деньгами или натурой, поступающие непосредственно от физических или юридических лиц.

### 3. Меры по решению проблем жилищного строительства и водоснабжения в сельской местности

Целью учрежденной комплексной программы сельского развития (ПДРИ) было и остается содействие улучшению жизни в сельской местности путем обеспечения занятости, поставок исходных факторов сельскохозяйственного производства, строительства жилья и снабжения самым необходимым оборудованием. Так, благодаря этой программе, способствовавшей улучшению жизни сельского населения, были построены жилые дома, улучшены жилищные условия, проложены дороги, созданы оздоровительные центры, налажено снабжение питьевой водой, проведено электричество, построены начальные школы.

В период с 1973 по 1984 год осуществление этой программы позволило:

- в области здравоохранения: обеспечить финансирование и строительство 366 диспансеров, 31 оздоровительного центра и 182 процедурных кабинета;
- в системе дорожного строительства: проложить 12 000 км обычных, 200 км асфальтированных и 43 600 км проселочных дорог;
- в системе снабжения питьевой водой: финансировать бурение 107 скважин, строительство 40 водонапорных башен и 2000 колодцев, а также обеспечить финансирование работ по снабжению питьевой водой 500 населенных пунктов;
- в системе электроснабжения: подключить 1300 населенных пунктов к национальной электросети;
- в системе обеспечения объектов общественно-массового назначения: построить около 900 общественно-массовых объектов, из них 400 построить заново (109 телефонных будок, 81 социально-культурный клуб, 83 спортивные площадки, 38 учебных помещений и т.д.);
- в области жилищного строительства: оказать финансовую помощь приблизительно 90 000 семьям, приняв на себя часть расходов по приобретению нового жилья в сельской местности и улучшению старых жилых домов; на это было выделено 19,5 млн. динаров.

Общая сумма кредитов, вложенных в эту программу за период с 1973 по 1984 год составила 256,6 млн. динаров; 60% этой суммы было передано в наименее развитые западные регионы и 40% - в восточные регионы. На деятельность, направленную на улучшение условий жизни, израсходовано 50% от общей суммы кредитов, выделенных на выполнение данной программы.

Особенность программы сельского развития заключается в методике ее разработки, руководства и осуществления. Так:

Данная программа разрабатывается каждый год комиссиями по сельскому развитию на местах на уровне делегации. Затем она выносится на обсуждение региональных комиссий на уровне провинций и принимается на государственном уровне министерством планирования и финансов.

Руководство данной программой обеспечивает служба сельского развития на уровне провинций; она же осуществляет контроль за исполнением, а также координационную деятельность на местном, региональном и национальном уровнях.

Осуществление программы поручается региональным техническим службам, входящим в состав различных управлений министерств и соответствующих государственных ведомств.

Для осуществления интеграции, являющейся одной из особенностей данной программы, в ней придается первостепенное значение развитию инфраструктуры, созданию объектов социального назначения и особенно решению проблемы улучшения условий жизни части населения, проживающей в неблагоустроенных домах, на что выделяется 37% от всей суммы капиталовложений. Предусмотрено построить 3472 жилых дома, оказать помощь 3075 главам семей по улучшению жилищных условий, организовать снабжение питьевой водой 100 населенных пунктов (построить 142 общественные колонки, пробурить 24 колодца, оборудовать 92 источника, проложить 77 км трубопроводов и соорудить 43 общественных и 890 частных водохранилищ), проложить

1832,4 км проселочных и 76 км пешеходных дорог, провести электричество в 80 населенных пунктов и построить 96 диспансеров и процедурных кабинетов.

#### 4. Меры по охране прав квартиросъемщиков

В статье 2 закона № 76-35 от 18 февраля 1976 года, регулирующего отношения между домовладельцами и квартиросъемщиками, предусмотрено право на сохранение жилья без выполнения каких-либо формальностей за лицами, проживающими на данной жилой площади. Срок действия данного закона, оставшегося в силе до 31 декабря 1981 года, был продлен до 31 декабря 1986 года законом № 81-100 о государственном бюджете на 1982 год от 31 декабря 1981 года.

Кроме того, в соответствии с законом № 78-19 от 1 марта 1978 года право на сохранение жилья, применимое к домам, построенным до 1 января 1954 года, было распространено также и на жилье, построенное до 1 января 1970 года.

Статьей 17 закона № 76-35 запрещено любое увеличение платы за жилье, превышающее 5% в год; это положение вступило в силу с 1 января 1976 года.

#### 5. Статистические данные

Осуществление общих и конкретных мер позволило Тунису, несмотря на тяжелое наследие эпохи протектората, удовлетворить насущные потребности населения, в результате чего каждый получил крышу над головой; всем удалось также осуществить другие важные экономические и социальные преобразования.

В результате всеобщей переписи населения и жилья, проведенной в марте 1984 года, было установлено следующее:

В количественном отношении: число единиц жилья превышает число семей, так как население численностью 6 966 173 человек, что соответствует 1 273 390 семей (средний состав семьи - 5,5 человек), располагает 1 316 588 единицами жилья.

Однако здесь речь идет только об абсолютных показателях, при этом не принимаются в расчет семьи, имеющие несколько единиц жилья, с одной стороны, а также состояние и степень благоустройства жилья, с другой.

В качественном отношении: качественный анализ достигнутых результатов позволяет лучше оценить предпринятые условия и шире очертить круг деятельности, которую еще предстоит осуществить с целью удовлетворения других нужд населения, которое быстро растет (2,6% в год); соответственно, постоянно растут и его потребности.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЛЬЯ ПО ТИПАМ МЕЖДУ  
ГОРОДОМ И ДЕРЕВНЕЙ

Тип жилья	В городе		В деревне		Всего	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%
<u>Жилые дома из твердых материалов</u>	<u>704 800</u>	<u>97</u>	<u>493 200</u>	<u>84</u>	<u>1 197 000</u>	<u>91,2</u>
Дома традиционного типа	460 900	64	471 100	80	932 000	71
Виллы	172 000	24	20 500	3	192 500	14,6
Квартиры в многоквартирных домах	71 900	9	600	1	72 500	5,6
<u>Неблагоустроенное жилье</u>	<u>21 000</u>	<u>3</u>	<u>95 100</u>	<u>16</u>	<u>116 100</u>	<u>8,8</u>
Количество единиц жилья, всего	725 800	100	587 300	100	1 313 100	100

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ЖИЛЬЯ  
В ГОРОДЕ И ДЕРЕВНЕ

	В городе		В деревне		Всего	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Население	3 680 830	52,8	3 285 343	47,2	6 966 173	100
Семьи	694 100	54,5	578 910	45,5	1 273 010	100
Единицы жилья	725 800	57	587 300	43	1 313 100	100
Соотношение единицы жилья/семьи	1,04		1,01		1,03	

ЧАСТЬ III

СТАТЬЯ 12: ПРАВО НА ОХРАНУ ФИЗИЧЕСКОГО  
И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

A. ВВЕДЕНИЕ

Накануне завоевания независимости медико-санитарное обслуживание в Тунисе было ограниченным: на 22 000 жителей приходился один местный врач (1 врач приходился на 7000 жителей, если учитывать также врачей-иностранцев); в стране насчитывалось 5500 больничных коек, в том числе 1000 диспансерных, то есть на 1000 жителей приходилось 1,5 койки; существовала единственная исследовательская лаборатория при Институте имени Пастера.

Таковы данные, красноречиво свидетельствующие о сложности задач, стоящих перед молодым государством и его народом на пути преодоления отсталости в области здравоохранения.

Руководство этим сектором потребовало создания инфраструктуры, а также системы медицинского обслуживания общего и конкретного характера, которые будут рассмотрены ниже.

B. КОНКРЕТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

I. Меры по снижению младенческой смертности (в возрасте до 1 года)

В 1952 году зарегистрированный уровень смертности младенцев составлял 200 случаев на тысячу, в 1961 году - 180 случаев на тысячу; в 1975 году он снизился до 120 случаев на тысячу; в настоящее время, как свидетельствуют предварительные результаты проведенного по всей стране исследования детской смертности и заболеваемости (по данным детской клинической больницы Туниса за 1986 год), он составляет 50-60 случаев на тысячу новорожденных. Такое снижение младенческой смертности позволяет предположить, что к 2000 году он составит от 18 до 28 случаев на тысячу.

В соответствии с ежегодным докладом ЮНИСЕФ за 1985 год уровень младенческой смертности в Тунисе за период с 1975 по 1981 год составлял 60 случаев на тысячу, из чего следует, что сейчас в Тунисе сложилась более благоприятная ситуация, чем в большинстве других стран, достигших аналогичного уровня развития.

В этой связи государство приняло ряд позитивных мер. Перечислим здесь лишь важнейшие из них:

- принятие закона об охране здоровья матери и ребенка (введение медицинского осмотра до вступления в брак, установление минимального возраста вступления в брак);
- проведение мероприятий по охране материнства и детства (ОМД), что позволило в 1966 году построить в стране 89 специализированных центров. В 70-х годах их число увеличилось. Техническое руководство этими центрами было поручено Национальному институту охраны здоровья детей. В 1985 году в системе ОМД насчитывалось 119 таких центров;
- введение в 1975 году в университетах страны специализированного курса по профилактической педиатрии.

Борьба с недоеданием ведется по нескольким направлениям: путем улучшения условий жизни, привития культуры питания, обеспечения детским питанием. В результате заметно снизился уровень некоторых детских болезней; так, практически исчезли рахит, полиомиелит (в 1959 году было зарегистрировано 525 случаев заболевания полиомиелитом, в 1985 году – 19 случаев), коклюш (262 случая в 1976 году в центрах ОМД и 28 случаев в 1980 году).

#### Вакцинация

Помимо вакцинации против оспы, введенной в обязательном порядке с 5 мая 1922 года (позже отменена решением ВОЗ), существует шесть основных болезней, против которых проведение вакцинации обязательно: туберкулез (с 1959 года), полиомиелит (с 1963 года), дифтерия, столбняк, коклюш и корь.

#### Детская смертность (от I года до 4 лет)

Если в период с 1975 по 1978 год уровень смертности младенческой возрастной группы – до I года – составлял 77 случаев на тысячу, то смертность детей в возрасте от I года до 4 лет достигала 28 случаев на тысячу. В настоящее время можно утверждать, что этот показатель снижается.

Принятые меры отразились на средней продолжительности жизни, исчисляемой с момента рождения. Если в 50-х годах средняя продолжительность жизни составляла 47 лет, то в наши дни она составляет 62 года для мужчин и 63 года для женщин. Предполагается, что к 2000 году она достигнет 70 лет (от 68 до 71 года).

## 2. Меры по обеспечению здорового развития ребенка

### Система здравоохранения в начальных и средних учебных заведениях

После завоевания независимости государство, в первую очередь, приступило к организации систем образования и здравоохранения. В этой связи проблеме улучшения здоровья детей путем медицины в школах стало уделяться особое внимание.

Данное направление профилактической медицины, возникшее в 1948 году, находилось в ведении Бюро медицинского обеспечения системы средних и высших учебных заведений (Тунис) и обслуживалось в основном внештатными медицинскими сотрудниками, мобильным младшим персоналом и сотрудниками учреждений социальной помощи.

Первым существенным шагом в этом немаловажном направлении явилась разработка III плана развития, который способствовал значительному укреплению передвижных медицинских бригад по обеспечению средних учебных заведений, призванных систематически выявлять заболевания и проводить курсы лечения наиболее распространенных и инфекционных болезней, а также осуществлять программы вакцинации.

В конце 60-х годов школьная медицина обрела второе дыхание благодаря созданию отдела профилактической и социальной медицины, занимавшегося вопросами школьной гигиены, рациона и гигиены питания, санитарного просвещения, создания технических средств для инвалидов и восстановления их здоровья, а также предупреждения несчастных случаев.

В настоящее время медицинское обслуживание в системе средних и высших учебных заведений находится в ведении соответствующего управления (ДИСУ), осуществляющего три основные функции:

- выявление положения в системе средних и высших учебных заведений в соответствующее уточнение целей своей деятельности;
- составление плана деятельности в области школьной медицины на региональном уровне;
- учреждение национальных технических комиссий по улучшению медицинского обеспечения в системе средних и высших учебных заведений.

Результаты такой практики убедительно показали следующее. В плане материально-технического обеспечения школьная медицина получила распространение во всех регионах страны; вопросами ее развития занимаются 9 региональных центров, расположенных в Тунисе, Сфаксе, Сусе, Бизерте, Монастире, Касерине, Гафсе, Кайруане и Махдии; в школьной системе работают: 21 школьный врач на полную ставку и 417 врачей системы здравоохранения по совместительству, в первую очередь в регионах с наименьшей плотностью населения; 196 санитаров на полную ставку и 510 по совместительству.

В 1985 году такой практикой были охвачены 90% учащихся системы "обязательного" образования (имеются в виду учащиеся, которым необходимо проходить систематический и тщательный медицинский осмотр) и 80% студентов в Тунисе и прилегающем регионе. Кампания по вакцинации также проводилась регулярно: в 1985 году прививки против туберкулеза, дифтерии, столбняка и полиомиелита были сделаны 80% учащихся. Принятых комплексных мер оказалось достаточно чтобы приостановить развитие традиционных заболеваний, служащих причиной потери трудоспособности или пропуска занятий.

### 3. Соблюдение мер гигиены и санитарии

#### а) Деятельность министерства здравоохранения

Первоначально деятельность в области гигиены и санитарии была возложена на бюро по эпидемиологии (входящее в состав управления по профилактике заболеваемости), направлявшее свои усилия на борьбу с насекомыми и организацию мер дезинфекции в случае обнаружения инфекционных заболеваний.

В 1969 году административные функции министерства здравоохранения в этой области были переданы службе контроля за состоянием водных источников и загрязнением окружающей среды, оздоровления и гигиены окружающей среды, главным образом в сельской местности.

В 1974 году вместо этой службы был создан отдел по оздоровлению и гигиене окружающей среды, которому в 1981 году был присвоен статус управления; его основными функциями являются: контроль за санитарным состоянием местных общественных заведений, частных и государственных больниц и медицинских учреждений, качеством промышленных и термальных вод, а также работа по улучшению состояния общественных водоразборных колонок; контроль за состоянием канализационной сети, работой очистительно-отводных сооружений, осуществлением мер по отводу сточных ирригационных вод; наблюдение за ходом борьбы с грызунами и насекомыми - переносчиками болезней; участие в разработке планов застройки и проектов жилищного строительства; контроль за соблюдением мер охраны окружающей среды и борьбы с загрязнением; контроль за выполнением санитарных норм в областях, относящихся к кругу ведения Управления, во взаимодействии с соответствующими организациями и службами.

Для выполнения поставленных перед ним задач Управление располагает штатом в составе двух инженеров санитарной службы, одного инженера государственной



службы по производству работ, четырех его заместителей и 300 санитарных техников.

Контроль за состоянием питьевой воды осуществляется с соблюдением следующих условий:

в городе

- контроль за обработкой воды: в течение 82 750 дней;
- бактериологический контроль за состоянием воды в распределительной сети: анализ 22 810 проб;
- физико-химический контроль за состоянием воды в распределительной сети: анализ 360 проб.

в сельской местности

- дезинфекция общественных водоразборных колонок: 34 275 операций;
- мероприятия по бактериологическому контролю (за состоянием колодцев, источников и цистерн): анализ 9923 проб.

Контроль за состоянием воды в местах для курения:

- в бассейнах: анализ 1199 проб;
- на пляжах: анализ 4159 проб.

Наблюдение за отводом сточных вод: анализ 12 505 проб.

К перечисленным мероприятиям следует также добавить операции по контролю за вторичным использованием очищенных сточных вод для нужд сельского хозяйства в Сукре, Набеуле, Сусе и Кайруане, контролю санитарного состояния государственных учреждений, контролю продуктов питания, надзору за использованием пестицидов, борьбе с насекомыми, контролю за удалением бытовых отходов и соблюдением норм гигиены в больницах.

Все упомянутые операции проводятся с целью предотвратить распространение заболеваний, возникающих в результате неудовлетворительного состояния воды и канализационной сети. К этому также нужно добавить другие такие мероприятия, как строительство отхожих мест и обустройство водоразборных колонок, главным образом в сельской местности. В северных и центральных районах страны по проекту "Tunisie-Care Médico" было оборудовано 859 колонок и 810 отхожих мест. В этой связи следует назвать и проект "Tunisie-UNICEF" по "снабжению питьевой водой и оздоровлению среды", осуществление которого началось в Кайруане.

Кроме того, начиная с 1982 года министерством здравоохранения в рамках Международного десятилетия питьевой воды и санитарии (DIEPA) были предприняты усилия с целью организации мероприятий по охране здоровья жителей сельской местности и по борьбе с заболеваниями, возникающими в результате потребления загрязненной воды, путем доставки на места очищенной воды и проведения соответствующих мероприятий по ассенизации.

b) Деятельность других министерств и ведомств

Министерство сельского хозяйства осуществляет деятельность по борьбе с некоторыми видами инфекционных заболеваний, источником или переносчиками которых являются животные, такими как бруцеллёз, эхинококкоз, бешенство и др. Оно также руководит организацией работ по оборудованию водоразборных колонок в населенных пунктах, насчитывающих менее 500 жителей.

Это министерство, ведающее вопросами контроля за состоянием вод, улучшения жилой среды, наблюдения за состоянием дорожной сети и электроснабжения сельской местности, занимается, таким образом, проблемами оздоровления окружающей среды и контроля за загрязнением вод и, следовательно, выступает в качестве необходимого звена в системе здравоохранения. Такие ведомства, как СОНЕДЕ и комиссариаты сельского хозяйства для выполнения поставленных перед ними задач руководствуются следующими законодательными актами, кодекс об использовании водных источников, введенный в действие законом от 13 мая 1975 года и определяющий факторы полезного и вредного воздействия воды, а также предусматривающий возможные нарушения и меры наказания за них; закон от 26 июля 1966 года, определяющий правила забоя скота на мясоперерабатывающих предприятиях, а также контроля за доставкой и продажей мяса и туш под наблюдением ветеринаров. И наконец, закон от 7 июля 1961 года, определяющий правила продажи и использования пестицидов для нужд сельского хозяйства.

Министерство оснащения и жилищного строительства осуществляет руководство национальной инфраструктурой и возглавляет строительство государственных инженерных сооружений, также участвует в санитарных мероприятиях, ведаая вопросами оздоровления городов, магистрального водоснабжения, защиты городов от наводнений и защиты водных источников от загрязнения. Деятельность по управлению, эксплуатации, обслуживанию, замене и строительству городских санитарно-технических сооружений, главным образом очистных станций, отводных трубопроводов по эвакуации нечистот в море, сборников сточных или дождевых вод, установленных в жилых районах, туристических и промышленных зонах, находится в ведении Национального санитарно-технического управления (ОНАС), созданного в соответствии с законом от 3 августа 1974 года. Это управление может также оказывать помощь различным группам по переработке бытовых отходов. В этой же области - защиты населения от загрязнения окружающей среды - действует также министерство экономики, которое ведает вопросами защиты окружающей среды от вредного воздействия промышленности; в его компетенцию входит также пресечение противозаконных действий, связанных с фальсификацией продовольственных и сельскохозяйственных продуктов.

Например, молоко как продукт первой необходимости, в силу закона от 24 декабря 1964 года подлежит строгому контролю, который охватывает его производство, переработку и продажу.

Чистая окружающая среда, вода, пригодная для питья, и свежие продукты - все это немисливо без здоровых жилищных условий и разумной организации градостроительства. Ответственность за соблюдение норм жилищного строительства возложена на министерство оснащения и жилищного строительства; кроме того, оно возглавляет широкую кампанию по ликвидации трущоб, требующую привлечения всего потенциала страны. В соответствии с законом от 15 августа 1979 года данное министерство руководствуется в своей деятельности положением о градостроительстве, в котором определены и согласованы планы по развитию городских агломераций. В этом ему оказывает содействие министерство транспорта и связи, которое играет главную роль в обеспечении безопасности на дорогах (в стране действует дорожный кодекс, введенный законом от 6 июля 1970 года) в плане как физического здоровья водителей, так и нормальной работы транспорта. Кроме того, оно борется с загрязнением окружающей среды и возможными вредными последствиями для населения.

В данной "физической" окружающей среде осуществляются и соответствующие социальные мероприятия, призванные косвенным образом воздействовать на вопросы санитарии. Образование и труд – два основных критерия, необходимых для верного определения состояния здоровья. Министерство социальных дел, которое руководствуется Трудовым кодексом, принятым 30 апреля 1966 года, в частности, предписывает меры по гигиене и безопасности труда, созданию медицинских служб на всех несельскохозяйственных предприятиях, имеющих 40 работников или учеников. Оно обязывает всех руководителей предприятий информировать его о строительных объектах, на которых занято 50 человек и более, а также о случаях подозреваемых заболеваний с признаками лихорадки. Министерство национального просвещения должно, в свою очередь, проводить в жизнь программы санитарного просвещения, рассматриваемые как наилучшее профилактическое средство против многих бедствий, связанных с невежеством, но в то же время оно должно осуществлять контроль за состоянием здоровья учителей, которым в обязательном порядке следует проводить медицинский осмотр, равно как и учащихся; в случае обнаружения у них серьезных инфекционных болезней, они подлежат вакцинации и карантину. Начиная с 1980 года вопросы развития школьной медицины согласуются и координируются министерствами здравоохранения и национального просвещения.

Во многих областях здравоохранения в качестве связующего звена на государственном и региональном уровнях выступает министерство внутренних дел, опирающееся на поддержку местной администрации. Муниципальными органами, действующими в рамках их статута от 14 мая 1975 года, проводятся в жизнь меры по охране чистоты общественных мест: очистительные работы, вывоз бытовых отходов, освещение улиц, оборудование кладбищ, принятие мер по борьбе с пожарами, истребление бродячих домашних животных, борьба с насекомыми (в соответствии с декретом от 23 февраля 1933 года) и заболеваниями бешенством (в соответствии с декретом от 19 февраля 1966 года); последнее осуществляется путем выявления заболеваний и проведения вакцинации.

#### 4. Борьба с эпидемическими, эндемическими и профессиональными заболеваниями

##### Вакцинация

Вакцинация как профилактическая мера проводится в Тунисе в течение нескольких десятилетий, тем не менее обязательной она стала в конце пятидесятих годов (исключением является вакцинация против оспы, ставшая обязательной с 5 мая 1922 года).

В настоящее время насчитывается шесть болезней, против которых проведение вакцинации обязательно: туберкулез (БЦЖ) (с 20 февраля 1959 года), полиомиелит (с 4 января 1963 года), дифтерия, столбняк, коклюш (ДТЦ) (с 22 сентября 1978 года) и корь (с 8 мая 1981 года).

В связи с недостаточным развитием системы медико-санитарного обслуживания сразу же после завоевания независимости кампания по вакцинации основывалась на принципе массовости, однако темпы ее проведения зависели от наличия вакцин и оперативности при выявлении больных. Сегодня эта кампания проводится регулярно и охватывает прежде всего детей, чаще всего подвергающихся заболеваниям. Кроме того, она включена в деятельность всех стационарных подразделений санитарной службы и медицинских пунктов, где регулярный прием населения в установленные дни проводят сотрудники подвижной медицинской службы.

В настоящее время благодаря перечисленным выше усилиям, а также интенсивному повсеместному внедрению национальной программы по вакцинации Тунис значительно приблизился к цели, которую ВОЗ и МФПД поставили перед всеми странами: к 1990 году кампания по вакцинации детей в Тунисе будет завершена.

В результате этой кампании удалось добиться следующих результатов: 88% детей сделаны прививки БЦЖ, 82% впервые получили прививки ДТЦ, 73% получили повторные и 61% третьи прививки против полиомиелита; 63% детей были привиты против кори.

Анализ опыта, накопленного в Тунисе, весьма показателен. Прежде всего он свидетельствует о том, что в стране имеются эффективные средства борьбы со многими смертельными или делающими людей инвалидами болезнями. Так обстоят дела с дифтерией, уровень заболевания которой заметно снижался: в 1955 году было зарегистрировано 128 случаев заболевания этой болезнью (что объяснялось явно недостаточными мерами по ее выявлению особенно в сельской местности), в 1965 году - 101 случай, в 1975 году - 6 случаев, и в 1985 году был отмечен 1 случай. То же самое можно сказать и о полиомиелите; уровень заболеваемости этой болезнью в определенный период начал снижаться, однако некоторые семьи игнорировали медицинские предписания, и с ними приходилось проводить более интенсивную воспитательную работу. Так, в 1959 году было зарегистрировано 525 случаев заболевания полиомиелитом, в 1962 году - 192 случая, в 1978 году - 78 случаев, и в 1985 году было отмечено 19 случаев. В 1965 году в результате массового вовлечения населения в кампанию по борьбе с этим заболеванием стране удалось предотвратить опасность возникновения эпидемии и число случаев поражения полиомиелитом сократилось вдвое.

Анализ накопленного Тунисом опыта также свидетельствует о том, что расширенная программа вакцинации увенчалась успехом благодаря следующим мероприятиям: интенсивной воспитательной работы среди населения; включение данной программы в практику всех педиатрических служб, занимающихся как профилактикой, так и лечением, а также в практику стационаров и "временных" медицинских пунктов, созданных для рассредоточенно проживающего населения; предупреждение побочных эффектов при многократном использовании вакцин путем постоянного наблюдения за лицами, подлежащими вакцинации; заблаговременная и оперативная оценка трудностей, вызванных географическими, культурными и другими особенностями, которые сдерживают усилия населения или медицинского персонала; настойчивость действий, поскольку приостановка кампании по вакцинации неизбежно привела бы к рецидиву заболеваемости.

Как и в ряде других развивающихся стран, в Тунисе было принято решение об активизации "Национальной кампании по вакцинации". Успехи, достигнутые за последние годы и повсеместное вовлечение администрации в решение вопросов здравоохранения на государственном уровне для улучшения благосостояния детей - вот два преимущества, служащие гарантией успеха в этом деле.

### Борьба с туберкулезом

Для организации интенсивной борьбы с туберкулезом была разработана специальная программа. За первую половину XX века число жертв этой болезни достигло нескольких тысяч; это было преимущественно мусульманское население страны, наиболее трудно поддающееся лечению и вовлечению в профилактические мероприятия.

Стратегия преодоления этого бедствия подразделялась на три основных этапа.

До 1959 года, помимо международной кампании по вакцинации с применением вакцины БЦЖ, проходившей с 1949 по 1951 год, для данного этапа было характерно следующее: отсутствие определенной стратегии борьбы; повышенная эндемичность

туберкулеза в стране; плохая организация медико-санитарной службы, сосредоточенной в Тунисе и в основном предусматривавшей лечение.

На следующем этапе, в период с 1959 по 1975 год, была начата вакцинация в обязательном порядке; тогда же происходило зарождение "массовых кампаний", прежде всего разработка более четких задач по выявлению и лечению всех возникающих заболеваний; постоянное наблюдение за носителями выявленных болезней; защита детей и молодежи методом вакцинации (прививки БЦЖ).

Такой подход с применением различных профилактических методов продолжался вплоть до 1975 года. Были проведены: национальная кампания по вакцинации с применением вакцины БЦЖ; "массовая кампания" с использованием рентгенотерапии в провинциях Сус, Кайруан, Габес, Бизерта и Набеул; кампания по выявлению заболеваний методом поиска безвредных бактерий (бацилоскопия) в провинциях Сфакс и Кеф.

Наряду с перечисленными мероприятиями в стране началось развитие инфраструктуры медико-санитарной службы, увеличивалось число врачей-специалистов.

На этапе, включающем период с 1975 по 1985 год, для которого был характерен переход от стратегии проведения кампаний к организации систематической борьбы, с болезнями, деятельность была основана на таких мерах, как децентрализация обслуживания, в частности на проведении некоторых мероприятий на уровне всех оздоровительных центров; включение мероприятий по вакцинации с помощью вакцины БЦЖ в государственную программу вакцинации; выявление заболеваний с помощью выборочного контроля во всех подразделениях медико-санитарной службы методом бактериоскопического анализа мокроты, главным образом среди медицинских консультантов, у которых подозревалось заболевание, и среди людей, с которыми контактируют больные; обязательное заявление о случаях заболевания; проведение обычного курса лечения до полного выздоровления всех выявленных больных; бесплатное лечение.

Для достижения поставленных задач было предусмотрено следующее: оснащение всех центров диагностическим оборудованием; проведение соответствующего курса лечения и наблюдение; назначение во все регионы по одному врачу-фтизиатру и во все округа по одному врачу-координатору; увеличение числа бактериоскопических лабораторий; увеличение числа коек для больных туберкулезом.

Судя по тому, что число больных, находящихся на лечении, сокращается (в 60-х годах их насчитывалось 130 000 человек, в 1978 году - 113 100, в 1974 году - 7454 и в 1985 году - 6514 человек), можно утверждать, что с помощью таких комплексных усилий в стране удалось добиться отступления такого опасного заболевания, как туберкулез.

Особенно показательными являлись результаты по лечению детского населения.

Однако самым значительным успехом стало преобразование в 1965 году детского профилактория в Ариане, построенного в 1959 году и рассчитанного на 500 коек, в пневмофтизиологическую клинику для больных всех возрастов. В настоящее время в этом важном клиническом заведении, созданном в координации с высшими учебными заведениями, число детских коек минимальное. Следует также добавить, что в этой клинике госпитализируются дети с различными патологическими отклонениями заболеваний органов дыхательных путей.

Практически полное исчезновение тяжелых форм туберкулеза среди детей (менингита и милиарного туберкулеза) свидетельствует о том, что в странах третьего мира противотуберкулезная вакцинация является необходимым средством борьбы с этим заболеванием.

В целом, несмотря на то, что еще предстоит предпринять усилия в целях окончательного избавления граждан Туниса от опасности заболевания туберкулезом, борьба против палочки Коха оказалась эффективной. В будущем она будет вестись путем укрепления уже существующих средств, а также методом санитарного просвещения больных, так как зачастую рецидивы болезни объясняются несерьезным отношением к ней самих больных – в основном взрослых, – преждевременно прерывающих курс лечения.

#### Искоренение малярии

Эта болезнь известна в Тунисе давно. Начиная с 1903 года, когда при институте имени Пастера в Тунисе был создан отдел по борьбе с малярией, страной предпринимались определенные усилия по искоренению этого паразитарного заболевания: проводились химико-профилактические мероприятия с применением хинина и ларвицидов в крупных городах и в прилегающих районах.

Однако, несмотря на принимаемые меры, в стране отмечались эпидемии малярии, часто очень тяжелые; в основном жертвами болезни становилась мусульманская часть населения. Например, в 1931–1932 годах ею болело 20% населения. Эпидемии, зарегистрированные в послевоенный период были не очень серьезными.

Лишь после завоевания независимости появилась возможность начать широкое наступление против этого заболевания. Так, в 1957 году было предпринято предварительное исследование северных областей страны с целью искоренения малярии. Затем в установленной опытной зоне, насчитывавшей 620 000 жителей, осуществлялась программа по искоренению этой болезни. Благодаря значительным успехам такой деятельности в 1968 году руководители программы пошли на распространение этого опыта на большую часть территории страны, а в 1972 году он получил распространение по всей стране. Спустя несколько лет случаи заболевания малярией прекратились, это было очевидно. Начиная с 1979 года такой результат постоянно подтверждался тем, что среди местного населения больше не отмечалось случаев поражения этой болезнью.

Достигнутые успехи позволили Тунису обогнать другие арабские, мусульманские и африканские страны, ведущие борьбу с этим многовековым бедствием, которое как казалось, с новой силой обрушилось на развивающиеся страны и продолжает оставаться серьезной проблемой, так как паразиты и насекомые – переносчики малярии, обладают резистентностью к средствам, используемым в борьбе с ними. Тем не менее, несмотря на достигнутые результаты, продолжают соблюдаться меры предосторожности; ведется также систематическое выявление случаев заболевания малярией. Данная программа, организованная в наши дни, основана на пассивном выявлении случаев поражения этой болезнью. Она, как и прежде, осуществляется в отдаленных областях страны: ежегодно сотрудники специальных лабораторий, созданных во всех провинциях, берут тысячи анализов крови с целью выявления малярии.

Начиная с 1980 года среди местных жителей (имеется в виду население Туниса) не было зарегистрировано ни одного случая заболевания малярией.

#### Борьба с бильгарциозом

В начале XX века и в последующие годы южная область Туниса считалась одной из эндемических зон, где получил распространение мочевого бильгарциоз. Борьба с этим заболеванием велась недостаточно эффективно.

Только в 50-х и 60-х годах были предприняты первые шаги по осуществлению широкой программы по ликвидации этого паразитарного заболевания, переносчиком которого является моллюск, обитающий в пресной воде.

Борьба с упомянутой болезнью развернулась начиная с 1970 года, когда при содействии ВОЗ вступила в силу программа по ее искоренению.

Как и другие программы, эта программа включала в себя несколько этапов:

- изучение данных о распространении болезни в стране;
- формирование специального медицинского персонала;
- организация паразитологических исследований в эндемических областях;
- регистрация водоразборных колонок и мест распространения моллюска-переносчика болезни;
- выбор методов контроля и его осуществление;
- оценка полученных результатов.

Такой подход позволил определить зоны риска, остановить распространение болезни, организовать лечение и наблюдение за больными и в конечном итоге покончить с этим бедствием. В 1982 году в Гафсе был ликвидирован последний очаг болезни. С этого времени случаи поражения мочевым бильгарциозом стали уменьшаться: если в 1971 году было зарегистрировано 4856 случаев заболевания, то в 1984 году их число сократилось до 20.

#### в) Борьба с профессиональными заболеваниями

Принятие декрета об учреждении трудовой медицинской службы спустя несколько месяцев после завоевания страной независимости можно по праву причислить к ряду самых больших достижений социальной политики независимого Туниса. Это кажущаяся простой мера на самом деле весьма значительна, если иметь в виду, что так называемая производственная медицина когда-то считалась новейшим мировым достижением. Она свидетельствует о неослабном и глубоком внимании Верховного главнокомандующего Хабиба Бургибы к вопросам охраны здоровья трудящихся. Приведем еще ряд примечательных фактов. Данный декрет оперативно и регулярно подкрепляется мерами другого порядка, менее значительными: 20 сентября 1955 года учреждена трудовая медицинская инспекция; пересмотрены и укреплены положения о медицинской инспекции и медицинских службах охраны труда; 30 апреля 1966 года принят Трудовой кодекс; определены управленческие функции министерства здравоохранения в области трудовой медицины (19 января 1970 года); в 1981 году главная трудовая медицинская служба при министерстве социальных дел преобразована в управление, которое вошло в состав министерства здравоохранения; с 1983 года персонал трудовой медицинской инспекции в системе здравоохранения направлялся в региональные управления здравоохранения; была создана техническая организация, призванная проводить в жизнь меры по профилактике профессиональных заболеваний; созданный в 1970 году Центр трудовой медицины, ведающий вопросами профилактики профессиональных заболеваний, в 1985 году был преобразован в Институт медицины труда и эргономии; были утверждены правила обращения с токсичными веществами и работы в помещениях с повышенной загрязненностью воздуха и т.д.

Такие комплексные меры, а также последовавшие за ними крупные капиталовложения в значительной степени способствовали улучшению здоровья и защите трудящихся, несмотря на быстрое вступление страны в фазу интенсивного промышленного развития. Все это позволило медицине труда занять достойное место в социальной политике государства, направленной на профилактику заболеваемости.

В настоящее время структурные подразделения, призванные решать вопросы охраны здоровья трудящихся и улучшения условий труда, входят в состав либо министерства здравоохранения, либо самостоятельных или межпрофессиональных трудовых медицинских служб.

В рамках министерства здравоохранения имеется управление медицины труда и профилактики профессиональных заболеваний, которое решает также целый ряд дополнительных задач: участвует в разработке, внедрении и развитии законодательства и правового регулирования в сфере гигиены труда и охраны здоровья трудящихся, контролируя их исполнение; во взаимодействии со службами и организациями, специализирующимися в области прикладной психологии, обеспечивает проведение медицинских обследований трудящихся с целью их профессиональной ориентации, переаттестации и приобщения к новым профессиям; контролирует деятельность трудовых медицинских служб и порядок оказания ими помощи пострадавшим от несчастных случаев на производстве и от профессиональных заболеваний; проводят исследования, ведут изучение и сбор данных для улучшения мер по охране здоровья трудящихся на рабочих местах.

На региональном уровне контроль и медицинское наблюдение на местах, где используется ручной труд, получены региональным управлением здравоохранения, точнее медицинским работникам этих управлений, занятым в системе трудовой медицинской инспекции.

В дополнение к вышеуказанным действиям следует также отметить деятельность центра профилактики производственного травматизма и профессиональных заболеваний, играющего очень важную роль в подготовительно-воспитательной работе и обеспечивающего управление медициной труда. Так, это учреждение оказывает медицинскую и техническую помощь всем организациям и лицам, заинтересованным в профилактике профессиональных рисков: молодым людям, не достигшим 18 лет, кандидатам в центры профессиональной подготовки, лицам, готовящимся в эмиграцию, рабочим, имеющим дело с токсичными веществами, застрахованным лицам, оспаривающим решения страховых органов, жертвам несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Кроме того, он осуществляет контроль за степенью воздействия внешних условий (вентиляции, повышенной температуры воздуха, шума) и организует обучение в целях соблюдения мер по технике безопасности.

Деятельность автономных и межпрофессиональных служб в соответствии с положениями статьи 153 Трудового кодекса дополняет эти действия на местах.

Согласно статистическим данным на январь 1985 года в стране насчитывается 200 автономных служб и 15 межпрофессиональных объединений, занятых в системе медицины труда, в состав которых входит 36 штатных врачей, 156 вспомогательных медицинских работников и 251 сотрудник среднего медицинского персонала. Такой штат позволяет осуществлять наблюдение за 100 000 лицами наемного труда, занятыми в несельскохозяйственных сферах производства.

Благодаря достигнутым результатам Тунис занимает одно из первых мест среди развивающихся стран в области медицины труда. В будущем эти результаты должны стать еще выше за счет количественного и качественного улучшения обслуживания рабочих, что необходимо для создания более эффективных средств защиты от вредных условий труда, возникающих в результате дальнейшего развития промышленности химических и токсичных веществ и внедрения на производстве сложного оборудования и техники. Должен быть пересмотрен и ряд положений ныне действующего законодательства, ибо сейчас следует расширять медицинский контроль, вовлекая в него сельскохозяйственных рабочих.



## 5. Комплексный план медицинского обслуживания

Каждый год организационная структура государственной сети медико-санитарного обслуживания изменялась и расширялась, что явилось результатом огромных успехов ее деятельности, повлекших за собой введение новых классификаций.

### а) Специализированные учреждения

В эти учреждения поступают лица со специфическими заболеваниями (например, Онкологический институт), с поражением определенных органов (например, Неврологический центр) или болезнями, характерными для данной возрастной категории людей (например, детская клиническая больница).

### б) Клинические центры при высших учебных заведениях

Эти учреждения предоставляют разные виды обслуживания людям любых возрастных категорий и страдающим от различных заболеваний. Они являются прекрасным местом для подготовки и обучения медицинских кадров.

### с) Региональные больницы

Как правило, они расположены в центрах провинций и обеспечивают все пять видов обслуживания.

### д) Окружные (или вспомогательные) больницы

Эти больницы обслуживают одну или две административные единицы, обеспечивая не более трех видов обслуживания (терапия, родильные отделения и педиатрия).

Окружные больницы, входящие в состав региональных, с 1980 года получили право на самофинансирование.

### е) Родильные дома

Это - последнее звено в клинической инфраструктуре. Кроме своей основной специализации - медицинского обеспечения родов - они предоставляют и другие услуги по охране здоровья матери и ребенка.

Разумеется, расширение сети клиник и больниц сопровождалось увеличением числа больничных коек. Так, в период с 1957 по 1985 год оно почти удвоилось: если раньше насчитывалось 7560 коек, то теперь их число составляет 15 452.

Кроме того, следует подчеркнуть, что терапевты и хирурги приобрели новые специальности, в результате чего медицинское обслуживание населения стало более разнообразным, что позволило Тунису занять достойное место в международном плане.

Если в 1962 году в Тунисе имелись представители только восьми врачебных и хирургических специальностей (терапия, эпидемиология, фтизиатрия, акушерство и гинекология, офтальмология, оториноларингология, психиатрия и хирургия), то в 1984 году их насчитывалось 32: педиатрия, ортопедия, урология, гастроэнтерология, дерматология, кардиология, неврология, нейрохирургия, нефрология, стоматология, токсикология, рентгенотерапия, гематология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия и др. Следует также отметить, что были созданы службы по оказанию помощи при ожогах и целая сеть служб скорой помощи, обслуживающих значительную часть территории страны.

Государственному сектору, как и прежде, отводится главная роль в системе медицинского обслуживания в Тунисе. Тем не менее в стране продолжает развиваться и расширяться медицинская инфраструктура частного сектора. Так, в 1970 году насчитывалось только 114 частных медицинских учреждений, в том числе 102 аптеки, 7 лабораторий и 5 частных клиник; в 1972 году имелось лишь 262 медицинских кабинета. В 1985 году численность этих учреждений значительно увеличилась: число аптек возросло до 818, лабораторий - до 53, частных клиник - до 35 и медицинских кабинетов - до 974.

Что касается региональных клинических больниц, то преобразование нескольких вспомогательных (окружных) больниц позволило создать:

- в 1974 году - четыре региональные больницы в Марсе, Сильяне, Сиби-Бузиде и Тозёре;
- в 1976 году - две региональные больницы в Хередине и Джербе;
- в 1977 году - региональную больницу в Загуане;
- в 1978 году - региональную больницу в Метлауи.

Что касается окружных больничных комплексов, то они пополнились четырьмя новыми больницами, расположенными в Шеббе (в 1974 году), Солимане (в 1975 году), Нефте и Марете (в 1978 году).

Три комплекса родильных домов ОМД были построены в Нефзе (в 1971 году), Ксур-Эссафе (в 1974 году) и Дегаше (в 1977 году).

Таким образом, если в 1970 году число больничных коек составляло 12 352, то в 1976 году оно увеличилось до 13 077, а в 1979 году составило 13 445.

Представляется, что такая эволюция отстает от темпов демографического роста, так как в 1970 году уже имелась одна больничная койка на 399 жителей.

Помимо прочих факторов, такое положение объясняется длительными сроками строительства новых больниц. Так, если учитывать число коек в текущих проектах, то уже сейчас можно сказать, что их количество на душу населения будет значительно увеличено, как будет показано ниже.

Этот рост возможностей больниц (дополнительно 1000 коек в течение 10 лет) приведет к стиранию различий между отдельными регионами и к усилению ряда специализированных служб. Например:

В провинции Габес предполагается дополнительно построить больницы на 75 коек (из них 53 для терапевтических и 22 для педиатрических отделений).

По имеющимся данным, в провинции Сфакс число коек увеличилось на 73: если в 1970 году их было 909, то в 1979 году их число увеличилось до 982.

В провинции Меденина было дополнительно установлено 119 коек: 40 для терапевтических, 43 для педиатрических и 20 для офтальмологических отделений.

В медико-санитарном регионе Тозёр строительство больницы в Нефте и родильного дома в Дегаше привело к появлению 52 дополнительных коек.

В 1970 году в провинции Тунис число больничных коек увеличилось с 586 до 4980, а в 1979 году оно возросло до 5566.

Такое увеличение, в частности, наблюдалось:

- в ортопедии (в 1970 году насчитывалось 96 коек, в 1979 году их число увеличилось до 210);
- в кардиологии (в 1970 году было 196 коек, в 1979 году их число увеличилось до 266);
- в гастроэнтерологии (в 1970 году было 105 коек, в 1979 году их число увеличилось до 197);
- в неврологии (было установлено 55 коек).

И наконец, создавались стационары для нужд планирования семьи. В 1979 году насчитывалось 152 койки: 8 в Набеуле, 35 в Сусе, 32 в Сфаксе, 15 в Кассерине, 12 в Джендубе и 30 в Кефе.

В целом в 1979 году насчитывалось 20 региональных больниц (в 1970 году их было 12), тогда как число окружных больниц сократилось с 54 (в 1970 году) до 50 в 1979 году в результате реорганизации, о которой упоминалось выше.

Что касается частных клиник, то в крупных городах - Тунисе, Бизерте и Сусе их количество увеличилось. В 1980 году их число достигло 32 (21 в Тунисе, 2 в Бизерте, 2 в Сусе, 4 в Сфаксе, 1 в Набеуле, 1 в Кайруане и 1 в Джендубе).

Что касается периферийных медицинских учреждений, то в 1979 году в Тунисе насчитывалось 638 диспансеров, в том числе 10 противотуберкулезных, тогда как в 1970 году их число составляло 379. Так, за годы второго десятилетия, в частности в рамках программы развития сельских районов, было построено и оборудовано 259 диспансеров. В 1970 году насчитывалось 60 процедурных кабинетов, а в 1979 году их число увеличилось до 124.

Кроме того, было дополнительно создано 14 гигиенических центров; они добавились к тем 13 центрам, что уже работали с 1970 года.

Таким образом, после 1970 года данная инфраструктура значительно укрепилась; это главным образом касается консультативных отделений, входящих в состав диспансеров и центров ОМД, которые обслуживаются практикантами высших медицинских учебных заведений. В 1979 году они подразделялись следующим образом: 873 консультативных отделений первого разряда входили в состав диспансеров и 299 отделений были частью системы ОМД.

При больницах число консультативных отделений второго разряда увеличилось до 502.

Следует отметить, что 1/3 всех консультативных отделений (601 из 1674) специализируются в области общей терапии, что, в частности, свидетельствует о степени роста медицинской специализации в Тунисе на уровне консультаций первого разряда (при диспансерах и центрах ОМД).

В начале третьего десятилетия завершилось строительство клинических центров при высших медицинских учебных заведениях в Сфаксе, Монастире, Тунисе; региональных больниц в Джендубе, Махдии, Габесе, Меденине, Джербе и Кассерине; окружных больниц в Мензель-Темиме, Мокнине и Рас-Джебеле.

В этот период была также завершена реализация проектов, разработанных в начале осуществления VI плана. По этим проектам были созданы клинические центры при высших медицинских учебных заведениях в Сусе и Марсе, педиатрическая служба в Сфаксе; построены больницы в Сильяне, Сиди-Бузиде, Кебили и Метлауи, а также об окружных больницах в Бумердесе, Улед-Шамаке, Шорбане, Сиди-Алуане, Зерамдине, Бекальте, Тебулбе, Сиди-Махлуфе, Бени-Хадеше, Ремаде, Тамагзе, Хазуе, Безме, Сук-эль-Ахаде, Дузе, Шбике, Гболате, Эль-Джеме и Мидуне.

Построены и другие объекты: родильные дома в Схире, Эль-Ханше (Сфакс), Джерисе (Кеф), Диди-Буруи (Сильяна), стационары типа 4 (пункты всесторонней помощи, рассчитанные на дневную госпитализацию) в Сиди-Алуане (Махдия), Сук-эль-Ахаде (Кебили), Хазуи (Тозёр) и Зерамдине.

Объявлены конкретные торги на строительство семи базовых медицинских центров (БМЦ) типа IV ам (пункт всесторонней медицинской помощи + дневная госпитализация) в Ариане, Агарете, Сакиет-Эззит-Норде (Сфакс), Мхамдии (Бен-Арус), Бухиаре (Монастир), Ксур-Эссафе и Мелулеше (Махдия).

Средства на строительство всех этих городских объектов, так называемых окружных промежуточных здравпунктов, были выделены государством. Усовершенствованию структуры медицинского обслуживания способствовали также другие проекты, финансирование которых осуществлялось из-за рубежа, или специальные программы.

#### Коммунальный проект развития системы здравоохранения в сельской местности центральной части Туниса

Осуществление данного проекта началось в 1977 году за счет займов, поступивших от АМР США. Сначала он охватывал две провинции, расположенные в центральной части Туниса - Сильяна и Сиди-Бузид. Затем в рамках IV плана в него вошли и другие центральные провинции Туниса: Кассерин и Гафса.

#### Проект "Здравоохранение и население"

Начал осуществляться в 1981 году за счет займов, поступивших от BIRD. Он включает восемь провинций: Беджа, Джендуба, Кайруан, Сус, Махдия, Монастир, Загуан и Кеф.

В соответствии с этим проектом в сельской местности планируется построить БМЦ, фельдшерские пункты и служебные помещения. Из 65 процедурных кабинетов и 95 базовых медицинских центров (БМЦ), предусмотренных в проекте, уже прошли приемку и действуют 53 кабинета и 80 БМЦ, что составляет 60 и 67% соответственно.

#### Программа сельского развития и интегрированная программа сельского развития

Вклад этих проектов в развитие инфраструктуры и дело улучшения санитарного состояния более не нуждается в доказательствах.

За годы осуществления IV плана укрепление децентрализации и рациональная разработка проектов позволили добиться наибольшего соответствия потребностей и услуг. Вместе с тем участие местных органов власти, проявившееся в создании советов по вопросам здравоохранения, позволило и впредь развивать приоритетные права медико-санитарных служб благодаря должному пониманию того, что между системой здравоохранения и социально-экономическими факторами (такими как прокладка дорог, водоснабжение, строительство школ, профессиональная подготовка, создание рабочих мест) существует тесная взаимосвязь.

Вместе с упомянутыми значительными усилиями, предпринятыми на уровне периферийной инфраструктуры, за годы осуществления V и VI планов были оборудованы и расширены клиники при высших медицинских учебных заведениях, отвечающие требованиям современной медицины.

Благодаря этим усилиям были созданы:

- при больнице имени Шарля Николя: нефрологическая, дерматологическая, хирургическая, гастроэнтерологическая и оториноларингологическая службы;
- при больнице в Рабте: служба сердечно-сосудистой и сердечной хирургии; создаются также служба оториноларингологии, урологическая, гастроэнтерологическая и эпидемиологическая службы, лаборатория и служба рентгенотерапии;
- при больнице имени Азиза Отмана: службы по лечению болезней крови, неврологическая, скорой помощи и акушерская;
- при детской больнице: лаборатории и службы рентгенотерапии и детской хирургии;
- при больнице имени Абдеррахмана Мами в Ариане: рентгенотерапия, реанимационная, исследовательская службы и служба госпитализации;
- при офтальмологическом институте: консультативная служба;
- при больнице в Марсе: хирургия и рентгенотерапия;
- при неврологическом центре: службы сканирующей диагностики и общей терапии;
- при больнице "Рази": консультативные службы, лаборатории, интернатура и служба госпитализации;
- при университетской клинике в Сусе: консультативные службы, служба скорой помощи, сердечной хирургии, лаборатории, фармацевтическая служба и службы госпитализации;
- при больнице в Кайруане: консультативные службы, служба скорой помощи и лаборатории;
- при больнице в Суаси: акушерско-гинекологическая и хирургическая службы;
- при больнице в Бедже: создаются службы хирургии и оториноларингологии;
- при больнице в Бизерте: консультативные службы и лаборатории.

Дополнительные усилия были предприняты и в другом очень важном секторе - службе скорой помощи. В 1980 году был создан и оснащен всем необходимым оборудованием (медицинскими инструментами, тяжелыми транспортными средствами скорой медицинской помощи, средствами радиосвязи) центр скорой медицинской помощи.

При больнице имени Шарля Николя, клинике в Рабте и детской больнице были организованы три основных службы скорой помощи.

Осуществлению программы по созданию служб скорой помощи, в основном в регионах, где особенно часты дорожно-транспортные происшествия, способствовало учреждение фонда по усовершенствованию служб скорой помощи. Эти службы получили

распространение в следующих региональных центрах: Мензель-Бургиба, Меджез-эль-Баб, Беджа, Табарка, Кеф, Набул, Громбаля, Энфида, Эль-Джем, Кебили, Мдила, Муларес. Все они начали действовать в 1986 году.

Параллельно с усилиями, предпринятыми в области развития инфраструктуры, была принята социальная программа по приобретению и оснащению оборудованием новых университетских и региональных больниц, а также замене во всех больницах в первую очередь тяжелого оборудования - рентгенотерапевтических и хирургических столов, контрольного и лабораторного оборудования, стоматологических кресел и т.д.

Большая часть больниц при высших учебных заведениях была оснащена современным оборудованием, отвечающим требованиям точной диагностики и позволяющим совершенствовать подготовку студентов-медиков: катетерным оборудованием для службы сердечно-сосудистой хирургии (в Тунисе, Сфаксе, Сусе и Монастире), оборудованием для рентгенотерапии (институт имени Салаха Азайеза), сканирующей аппаратурой (Неврологический центр), лазерными установками для целей офтальмологии и, наконец, микрохирургическими инструментами (хирургические службы и службы сердечно-сосудистой хирургии в Тунисе и Сусе, а также нейрохирургические службы в Тунисе, Сфаксе и Монастире).

Оборудование, установленное еще в году осуществления IV и V планов и практически изношенное, должно быть заменено новым. С этой целью в начале 1985 года был принят план поэтапного оснащения оборудованием; помимо общих кредитов на приобретение оборудования (2 млн. динаров), предоставляемых ежегодно и распределяемых между различными больницами на региональном уровне, были учреждены специальные кредиты, предназначенные для оснащения самым современным медицинским оборудованием больниц при высших учебных заведениях (медицинских и санитарных). Эти кредиты (2,5 млн. динаров) будут направлены на обновление парка рентгенотерапии всеми видами оборудования - от самого простого до самого сложного, такого как цифровой анализатор сердечно-сосудистой системы; будут приобретены три сканера для обследования всего тела (выделено 3 млн. динаров), обновлен лабораторный фонд (выделена сумма в 1 млн. динаров).

В соответствии с программой обновления поступают также новые машины скорой помощи, транспортные средства специального назначения (микроавтобусы и малолитражные грузовики). За первые 4 года VI плана основные усилия в этой области были направлены на приобретение 536 транспортных средств, в том числе 188 стандартных машин скорой помощи повышенной проходимости.

Новые службы скорой помощи, университетские и региональные больницы, особенно в отдаленных районах, были оснащены машинами скорой помощи, оборудованными сложной медицинской аппаратурой общего назначения и реанимационными установками. Данная программа по оснащению автопарка продолжает осуществляться с целью обеспечения транспортными средствами всех регионов, особенно тех, куда доступ затруднен.

#### б. Система медицинской помощи

##### а) Основные виды помощи

Существует четыре основных вида медицинской помощи: бесплатная медицинская помощь, помощь за счет Национальной кассы выплаты пособий по линии социального страхования (НКПСС), помощь за счет Национальной кассы социального обеспечения (НКСО) и помощь при производственном травматизме или в случае профессионального заболевания.

#### Бесплатная медицинская помощь

Предоставляется в соответствии с законом № 8I-I2 от 2 марта 1981 года. Этот режим распространяется на категории населения с низким доходом, в отношении которых не действует режим выплаты пособий по линии социального страхования. В рамках этого режима бесплатное обслуживание в государственных больницах зависит от доходов пациентов.

До реформы 2 марта 1981 года

В 1973 году было выдано примерно 432 270 медицинских карт на бесплатное обслуживание. В 1978 году их число увеличилось до 668 110.

Эта цифра продолжает расти, и в 1980 году она возросла до 720 000.

После реформы 2 марта 1981 года

В 1983 году министерство здравоохранения выделило 500 000 медицинских карт.

В 1984 году в результате удовлетворения дополнительных просьб их число увеличилось на 48 229, что в целом составило 548 229 карт.

В 1985 году поступили просьбы о дополнительном выделении 102 242 карт, и общее число карт трех категорий, выделенных в 1985 году составило, таким образом, 650 471.

#### Медицинское обслуживание за счет НКПСС

Эта система была учреждена в соответствии с апрельским декретом 1951 года. Она распространяется на лиц, больных в течение длительного времени или тех, кому необходимо хирургическое вмешательство. Финансируется за счет отчислений из заработной платы в размере 2% (1% за счет страхователя и 1% за счет администрации). Данная система была изменена в соответствии с законом от 15 февраля 1972 года и дополнена декретом и постановлением от 12 марта 1973 года, что позволило вкладчикам сделать выбор между сохранением предыдущей системы с дополнением ее системой оплаты расходов на лечение традиционных болезней, и системой непосредственной выплаты пособий на лечение в государственных медико-санитарных заведениях и больницах.

Со времени завоевания независимости и по сегодняшний день число вкладчиков увеличилось в 9 раз (в 1953 году их насчитывалось 41 290 человек, а в 1985 году их число увеличилось до 374 483 человек); таким образом, в 1953 году было охвачено 6% всего населения страны, а в 1985 году 23,6%.

За последние десять лет доходы этой системы страхования по болезни, установленной НКПСС, значительно возросли: в 1976 году они составляли 3,488 млн. динаров, в 1985 году их сумма увеличилась до 12,245 млн. динаров. Таким образом, они возросли в 3,5 раза. Кроме того, расходы в рамках этой системы увеличились более чем в 5 раз: в 1976 году они составляли 1,778 млн. динаров, а в 1985 году - 9,3 млн. динаров. Значительная часть этих расходов пошла на оплату медицинского обслуживания вкладчиков, находившихся за границей. Так, в 1976 году сумма таких расходов, составляла 0,824 млн. динаров, в 1980 году она увеличилась до 2,089 млн. динаров и в 1985 году возросла до 3,700 млн. динаров, что соответствовало 46%, 54% и 40% всех расходов в рамках этой системы.

## Медицинское обслуживание за счет НКСО

В частном секторе согласно системе, учрежденной законом № 60-30 от 14 декабря 1960 года и управляемый НКСО, в государственных медико-санитарных учреждениях и больницах предусмотрено только непосредственное медицинское обслуживание.

В 1965 году число вкладчиков НКСО составляло 148 654 человека, а к 1985 году оно возросло до 600 966 человек, увеличившись, таким образом, за последние 20 лет в четыре раза. В 1965 году данная система распространялась на 16,6% населения страны, а в 1985 году к нему было привлечено 37,9% населения.

Точную сумму доходов НКСО, полученных от страхования по болезни, назвать нельзя, так как вкладчик этой кассы вносит в целом 26,5% своей заработной платы на покрытие всех рисков без выделения отдельной части, идущей на оплату рисков по болезни.

Что касается расходов на покрытие рисков по болезни, то НКСО вносит в казну установленную твердую сумму. В 1962 году она была установлена в размере 0,3 млн. динаров, достигла 1 млн. динаров в 1966 году, 3 млн. динаров в 19... году, 5,5 млн. динаров в 1980 году и 17 000 млн. динаров в 1985 году; из них 2 млн. динаров являются вкладом в чистые доходы больниц.

Расходы НКСО в системе здравоохранения включают также расходы на обслуживание вкладчиков кассы за границей. Эти расходы в 1977 году составили 0,847 млн. динаров, в 1980 году 2,914 млн. динаров и в 1985 году 6,113 млн. динаров.

Наконец, начиная с 1975 года расходы НКСО на здравоохранение включают также затраты на строительство шести поликлиник и управление ими. В эту программу было вложено 13,8 млн. динаров, а в 1980 и 1985 годах на ее осуществление пошло соответственно 0,363 и 8 млн. динаров.

В целом расходы НКСО в области здравоохранения в 1977 году составили 5,147 млн. динаров, в 1980 году 9,614 млн. динаров и в 1985 году 31 млн. динаров.

## Медицинская помощь при производственном травматизме и в случае профессиональных заболеваний

Режим обязательного страхования по болезни был учрежден законом от 11 декабря 1957 года. Любое предприятие обязано страховать своих работников на случай производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Страхование от этих рисков производится частными страховыми компаниями. В государственном секторе расходы по страхованию работников несет само государство, то есть оно само выступает в роли страхователя.

Расходы на медицинское обслуживание в данной системе составляли: в 1976 году 4,223 млн. динаров, в 1980 году 5,7 млн. динаров и в 1984 году 7,4 млн. динаров.

## b) Обычные системы страхования по болезни

Наряду с перечисленными основными системами развивались обычные договорные системы покрытия расходов на медицинское обслуживание страховыми компаниями и агентствами взаимного страхования.



### Система группового страхования

Администрация предприятия и страховая компания заключают между собой договор о выплате страховой премии (составляющей в настоящее время 10-15% от заработной платы): компания обязуется страховать лиц наемного труда, работающих на предприятии, на случай болезни, инвалидности или смерти. Тем не менее договоры, заключенные с разными предприятиями отличаются друг от друга. В 1980 году к этой системе присоединились 170 000 лиц наемного труда. В 1984 году их число увеличилось до 220 000 человек. В 1980 году расходы по этой системе составили 9,540 млн. динаров, а в 1984 году 18,600 млн. динаров. Таким образом, за 5 лет они возросли почти вдвое.

### Система взаимного страхования

Учрежденная декретом от 18 февраля 1954 года, эта система финансируется за счет взносов вкладчиков, сумма которых составляет 1-3% заработной платы.

В 1979 году число договоров взаимного страхования составляло 30, в 1984 году - 36. В то же время возросло и число вкладчиков: в 1979 году оно составляло 93 616 человек, а в 1984 году это число увеличилось до 110 000 человек.

За период с 1979 до 1984 год расходы по взаимному страхованию увеличились вдвое (с 4 до 8 млн. динаров).

В рамках социальных аспектов политики развития постоянно продолжался поиск видов страхования всего населения от различных рисков, особенно по болезни. Так, в 1976 году, как и в 1985 году, основными системами страхования по болезни было охвачено более 90% населения.

Тем не менее произошедшие за последние десятилетия перемены позволили определить место каждой из этих систем в общей системе страхования по болезни.

Так, учитывая успехи страны в области социально-экономического развития, в 1985 году государство предоставило право на бесплатное медицинское обслуживание только 32% населения, тогда как в 1976 году этим правом пользовалось 42,4% населения.

Большое число лиц, пользовавшихся этой системой стали вкладчиками НКПСС и НКСО.

В 1976 году эти кассы обслуживали 39,5% населения, а в 1985 году этот показатель увеличился до 61,5%. Однако расходы этих организаций на оплату услуг системы здравоохранения, составлявшие в 1976 году 17%, а в 1985 году 24% от затрат государства в этой области, совершенно не зависят от того, на обслуживание какой части населения они пошли.

### С. СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

- I) Рост числа врачей на душу населения:  
1956 год: 548 врачей (1,4 врача на 10 000 жителей);  
1985 год: 4000 врачей (4,2 врача на 10 000 жителей).

2) Рост числа медицинских учреждений:

- Государственные больницы: 1956 год - 52  
1985 год - 139

- Частные клиники: 1970 год - 5  
1985 год - 35\*

3) Рост фактического числа коек в больницах:

1979 год - 13 449 коек (21,6 коек на 10 000 жителей);

1985 год - 15 452 коек (21,6 коек на 10 000 жителей).

За указанный период население Туниса возросло с 6 238 200 до 7 143 800 человек.

---

\* Диспансеры, центры ОМД и процедурные кабинеты не учитываются.