

**Генеральная Ассамблея**

Distr.: General
2 May 2013
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Двадцать третья сессия

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,
гражданских, политических, экономических,
социальных и культурных прав, включая
право на развитие**

**Доклад Специального докладчика по вопросу о праве
каждого человека на наивысший достижимый
уровень физического и психического здоровья
Ананда Гровера**

Добавление

Миссия в Таджикистан (24–31 мая 2012 года)* ***Резюме*

Специальный докладчик по вопросу о праве каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья посетил Таджикистан в период с 24 по 31 мая 2012 года. Во время визита Специальный докладчик в духе сотрудничества и диалога изучил меры, принимаемые в стране в целях осуществления права на здоровье, и, в частности, рассмотрел вопросы, касающиеся системы здравоохранения и ее финансирования, профилактики и лечения туберкулеза и охраны психического здоровья.

В настоящем докладе Специальный докладчик высоко оценивает значительные успехи Таджикистана в сокращении бедности, увеличении расходов на здравоохранение и решении проблемы материнской смертности, а также твердую приверженность государства осуществлению права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Вместе с тем, для того чтобы государство могло в полной мере реализовывать право на здоровье, Специальный докладчик призывает правительство решить

- * Резюме настоящего доклада распространяется на всех официальных языках. Сам доклад, содержащийся в приложении к резюме, распространяется только на том языке, на котором он был представлен, и на русском языке.
- ** Представляется с опозданием.

ряд серьезных проблем и рассмотреть конкретные области приложения усилий в целях улучшения системы здравоохранения и ее финансирования, профилактики и лечения туберкулеза и борьбы с ним, а также оказания психиатрической помощи и предоставления соответствующих услуг. Для содействия этим усилиям Специальный докладчик предлагает ряд рекомендаций.

Приложение

[Английский и русский языки]

Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья о его миссии в Таджикистан (24–31 мая 2012 года)

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–3	4
II. Право на здоровье	4–8	4
A. Справочная информация	4–6	4
B. Международная и национальная правовая основа	7–8	5
III. Система здравоохранения и финансирование	9–21	6
A. Первичная медицинская помощь	10–13	7
B. Реформирование финансирования здравоохранения	14–19	8
C. Качество медицинского обслуживания и доступ к средствам правовой защиты	20–21	11
IV. Профилактика, лечение и предотвращение туберкулеза	22–33	12
A. Национальная программа по борьбе с туберкулезом	24–27	13
B. Туберкулез и трудящиеся-мигранты	28–29	15
C. Туберкулез в пенитенциарной системе	30–31	16
D. Стигматизация и дискриминация	32–33	17
V. Психическое здоровье	34–47	18
A. Финансирование психиатрической помощи	36–38	18
B. Психиатрические лекарственные средства и качество психиатрической помощи	39–41	20
C. Дискриминация, злоупотребления и осознанное согласие в сфере психиатрической помощи	42–44	22
D. Психическое здоровье женщин и насилие в семье	45–47	23
VI. Выводы и рекомендации	48–51	25

I. Введение

1. Специальный докладчик посетил Таджикистан с официальным визитом по приглашению правительства в период 24–31 мая 2012 года. Цель визита состояла в том, чтобы в духе диалога и сотрудничества изучить предпринимаемые страной усилия по осуществлению права на здоровье и принимаемые меры по успешной реализации этого права.

2. В ходе миссии Специальный докладчик уделил особое внимание таким вопросам, как система здравоохранения и ее финансирование; туберкулез и резистентные ко многим лекарственным препаратам штаммы туберкулеза; а также оказание психической помощи. Специальный докладчик посетил Душанбе, Худжанд, Кулоб, Рудаки и Вахдат.

3. Специальный докладчик провел встречи с высокопоставленными должностными лицами государства из администрации президента, парламентских комитетов и министерств иностранных дел, здравоохранения, труда и социальной защиты, финансов и юстиции; с представителями Службы государственного надзора за деятельностью и аппарата уполномоченного по правам человека. Он также встретился с представителями гражданского общества, международных организаций, партнеров по развитию, деятелями науки, экспертами в области права и специалистами здравоохранения. Специальный докладчик выражает признательность правительству Таджикистана за приглашение и всестороннее сотрудничество во время его визита. Он также благодарит всех, кто с ним встречался, уделил ему свое время и сотрудничал с ним в ходе визита.

II. Право на здоровье

A. Справочная информация

4. Вскоре после обретения независимости в 1991 году Таджикистан был втянут в гражданскую войну, которая продолжалась пять лет. За это время экономика Таджикистана испытала различные потрясения, результатом которых стала широко распространенная нищета. Во время конфликта резко ухудшилось состояние здоровья населения, о чем свидетельствует возросшая распространенность инфекционных и других заболеваний, низкое качество медицинских услуг, ухудшающаяся и недофинансированная инфраструктура здравоохранения, нехватка медицинских работников и ограниченный доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам, особенно для малообеспеченного населения¹.

5. После прекращения вооруженного конфликта правительство Таджикистана добилось впечатляющих успехов в сокращении масштабов нищеты и восстановлении системы здравоохранения страны. Показатель относительной бедности сократился с 83,4% в 1999 году до 51% в 2009 году², а уровень крайней

¹ Гафур Ходжамуродов и Бернд Речел, Таджикистан: Обзор системы здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, "Системы здравоохранения времен перемен", том 12, № 2 (2010 год), стр. xv.

² Цели развития тысячелетия: достижения в Таджикистане, 2010 год, стр. 15, доклад размещен по адресу: www.untj.org/component/lexicon/content/93-on-main-page/344-millennium-development-goals-tajikistan-progress-report.

нищеты снизился с 42% в 2003 году до 17% в 2009 году³. Правительство также проявило достойную приверженность делу охраны здоровья после завершения конфликта, о чем свидетельствует увеличение расходов на здравоохранение, которые как доля валового продукта (ВВП) удвоились с 0,9% в 2001 году до примерно 2% в 2012 году. За последнее время бюджетные ассигнования на здравоохранение возросли более чем в четыре раза: с 37,3 млн. долл. в 2007 году до 152,3 млн. долл. в 2012 году. Кроме того, Таджикистан добился достижения цели развития тысячелетия, касающейся улучшения здоровья матери. Материнская смертность сократилась с 97 на 100 000 живорождений в 2003 году до 46,2 – в 2009 году⁴. Специальный докладчик с одобрением отмечает эти значительные успехи правительства в сокращении масштабов нищеты, увеличении расходов на здравоохранение и решении проблемы материнской смертности. Правительству следует продолжать усилия по сокращению масштабов нищеты и решению проблем в сфере здравоохранения.

6. Вместе с тем отсутствие надлежащей первичной медицинской помощи негативно сказывается на всех аспектах здоровья, в частности здоровья матерей новорожденных. Тяжелее всего положение в сельских и горных районах, где многие люди по-прежнему не имеют доступа к базовым медицинским услугам, в частности в зимние месяцы. Это серьезная проблема, поскольку до 75% населения Таджикистана живет в сельских и отдаленных районах⁵. Согласно данным статистического управления администрации президента, полученным от правительства, младенческая смертность (34 на 1 000 живорождений) и смертность детей в возрасте до пяти лет (43 случая на 1 000 живорожденных) в несколько раз превышают средний показатель для европейского и центральноазиатского региона (12 и 13 смертей на 1 000 живорождений, соответственно)⁶. Состояние здоровья детей в Таджикистане также вызывает большую обеспокоенность, особенно высокий уровень недостаточности питания среди детей: у 29,1% детей наблюдается задержка роста, а у 12,5% – истощение⁷. Во время своего визита Специальный докладчик узнал, что правительство финансирует только 30% национальной программы вакцинации, а в остальном полагается на донорскую помощь. Государству следует и далее улучшать положение в этих областях, чтобы реализовать право на здоровье всего народа Таджикистана.

В. Международная и национальная правовая основа

7. Таджикистан является участником ряда международных договоров, признающих право на здоровье, включая Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах с первым Факультативным протоколом к нему, Международную конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенцию

³ Всемирный банк, Таджикистан: кратко о стране, 2011 год. См. www.worldbank.org/ru/country/tajikistan.

⁴ Доклад о достижениях в Таджикистане (см. сноску 2), стр. 75.

⁵ ВОЗ/Европа, Таджикистан: факты и цифры. Размещено по адресу: www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/tajikistan/facts-and-figures.

⁶ См. World Health Organization (WHO), World Health Statistics 2011 (Geneva, 2011), pp. 53 and 55. Размещено по адресу: www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.

⁷ ВОЗ, "В Таджикистане высокие цены на пищевые продукты приводят к нарушениям питания", 11 октября 2011 года. См. www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/tajikistan/news/news/2011/11/high-food-prices-contributing-to-malnutrition-in-tajikistan.

о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о правах ребенка с первыми двумя Факультативными протоколами к ней, Конвенцию против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей. В соответствии со статьей 10 Конституции, принятой в 1994 году, признанные Таджикистаном международно-правовые акты являются составной частью национальной правовой системы.

8. Конституция Таджикистана содержит ряд положений, касающихся права на здоровье. Статья 38 устанавливает право каждого на охрану здоровья и на защиту окружающей среды в целях укрепления здоровья. Статья 18 защищает право на жизнь, в том числе право не подвергаться принудительным медицинским и научным экспериментам, а статья 17 гарантирует равенство перед законом и судом. Законодательство, касающееся осуществления права на здоровье в Таджикистане, включает Закон о репродуктивном здоровье (2002 года), Закон о психиатрической помощи (2002 года), Закон об аварийно-спасательных службах (2005 года), Закон о защите естественного вскармливания детей (2005 года), Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу (2005 года), Закон о защите от туберкулеза (2006 года), Закон о трансплантации органов (2007 года), Закон о медицинском страховании (2008 года), Закон о донорстве крови (2009 года), Закон о медико-социальной защите граждан, больных сахарным диабетом (2009 года), Закон об ограничении использования табачных изделий (2010 года), Закон о питьевой воде (2010 года), Закон о продовольственной безопасности (2010 года), Закон о социальной защите инвалидов (2010 года), Закон о семейной медицине (2010 года), Закон об иммунопрофилактике (2010 года) и Закон об охране окружающей среды (2011 года).

III. Система здравоохранения и ее финансирование

9. основополагающее значение для реализации права на здоровье имеет эффективная и комплексная система здравоохранения, которая включает в себя охрану здоровья и основные влияющие на здоровье факторы, учитывает национальные и местные приоритеты, а также является доступной для всех⁸. Полное осуществление права на здоровье зависит также от надлежащего, справедливого и устойчивого финансирования здравоохранения⁹. Несмотря на то, что за последние пять лет бюджет сферы здравоохранения вырос на 280% (согласно информации, полученной от правительства после визита Специального докладчика), нынешние расходы государства на здравоохранение в Таджикистане (2% ВВП) являются низкими как по международным стандартам, так и в сравнении со средним показателем (5,7%) по другим бывшим советским республикам в 2010 году¹⁰. Кроме того, лишь 6% государственного бюджета выделяется на здравоохранение, что гораздо ниже среднего показателя для развивающихся стран Европы и Центральной Азии. Кроме того, в 2008 году Таджикистан израсходовал на здравоохранение всего лишь 10,6 долл. на душу населения – самый низкий показатель в европейском и центральноазиатском регионах¹¹. Вме-

⁸ A/HRC/7/11, пункт 15.

⁹ A/67/302, пункт 6.

¹⁰ Всемирный банк, Расходы на здравоохранение, процентная доля ВВП. См. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>.

¹¹ Ходжамуродов и Речел, Таджикистан: обзор системы здравоохранения (см. сноску 1), стр. 162.

сте с тем стоимость предоставления основных медицинских услуг в странах с низким доходом, по оценкам, более чем вчетверо выше и составляет примерно 44 долл. на душу населения¹². Во время встреч со Специальным докладчиком должностные лица государства признавали, что расходы на здравоохранение являются слишком низкими. Поэтому самое приоритетное внимание следует уделить увеличению объема финансирования, выделяемого на сектор здравоохранения, до международных стандартов.

A. Первичная медицинская помощь

10. Многие из проблем, с которыми Таджикистан сталкивается в процессе развития своей системы здравоохранения, обусловлены унаследованной от Советского Союза моделью системы здравоохранения, разработанной Институтом им. Семашко. Эта модель опирается на затратное финансирование и преследует цель предоставления всеобъемлющего набора медицинских услуг. Традиционно основное внимание в этой системе уделяется инфекционным заболеваниям и готовности к эпидемиям, что требует большого количества койко-мест в больницах и предоставления услуг в стационарах, укомплектованных медицинскими работниками различной специализации. Это приводит к неэффективному расходованию финансовых средств на вторичную и третичную медицинскую помощь и к тому, что система здравоохранения не отвечает медицинским потребностям населения. Это также приводит к негибкости системы распределения бюджетных средств между медицинскими учреждениями, поскольку руководство не может перераспределять фонды между учреждениями, не перемещая такие материальные ресурсы, как коечный фонд и персонал больниц¹³. Таким образом, инвестиции предоставляются специализированным медицинским учреждениям, что приводит к недостаточному развитию сектора первичной медико-санитарной помощи, концентрации избыточного потенциала на вторичном и третичном уровне оказания помощи и недостаточности выделяемых здравоохранению фондов и ресурсов.

11. Государства несут основное обязательство обеспечивать удовлетворение минимальных базовых уровней права на здоровье, включая наличие и доступность основной первичной медико-санитарной помощи¹⁴, которая обычно определяется как основная медико-санитарная помощь, базирующаяся на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить¹⁵.

12. Вместе с тем сектор первичной медико-санитарной помощи в Таджикистане по-прежнему недостаточно развит и недостаточно финансируется отчасти из-за того, что учреждения первичной помощи не требуют значительного объе-

¹² ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2010 год: Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью (Женева, 2010 год), стр. 22, размещен по адресу: www.who.int/whr/2010/en/index.html.

¹³ John L. Mikesell and Daniel R. Mullins, "Reforming Budget Systems in Countries of the Former Soviet Union", *Public Administration Review*, vol. 61, No. 5 (2001), p. 556.

¹⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (E/C.12/2000/4), пункт 43.

¹⁵ См. Алма-Атинская декларация Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате 6–12 сентября 1978 года.

ма затрат на функционирование системы здравоохранения (таких как расходы на содержание коечного фонда больниц, дорогостоящего медицинского оборудования и персонала), которые во многом определяют размеры финансирования, выделяемого государством медицинским учреждениям. Как следствие, сектор первичной медицинской помощи часто воспринимается как оказывающий услуги низкого качества и поэтому недостаточно используется. Например, по оценкам правительства, в 2005 году до 80% пациентов обращались непосредственно в больницы, минуя уровень первичной медико-санитарной помощи¹⁶. Кроме того, в Таджикистане не хватает подготовленных работников первичной медицинской помощи. Этот дефицит вызван различными факторами: традиционно низким статусом работников первичной медико-санитарной помощи в секторе здравоохранения; тем, что врачи общей практики зарабатывают меньше врачей-специалистов; а также отсутствием в Таджикистане до недавнего времени семейной медицины как медицинской специализации¹⁷.

13. Специальный докладчик с удовлетворением отметил, что правительство признает указанные недостатки и приступило к осуществлению реформы для их исправления. По данным представленного правительством ежегодного обзора за 2011 год, подготовленного совместно Министерством здравоохранения и Министерством финансов, в настоящее время в государственных медицинских институтах предлагаются специализации по общей "семейной медицине", и врачи могут получить специальность семейного лечащего врача после шестимесячной программы переподготовки. Кроме того, в трех районах проводятся эксперименты по предоставлению набора базовых услуг, состоящего из базового медицинского обслуживания, предоставляемого в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Таджикистану следует увеличить инвестиции в сектор первичной медико-санитарной помощи и обеспечить, чтобы инвестиции в сектор здравоохранения не использовались непропорционально для финансирования дорогостоящих лечебных медицинских учреждений, товаров и услуг, которыми пользуется лишь небольшая часть населения¹⁸.

В. Реформы финансирования здравоохранения

14. Для преодоления проявлений неэффективности, связанных с высокой централизацией финансовых систем страны, после получения независимости правительство начало процесс децентрализации. В результате этого процесса средства, выделяемые из государственного бюджета, теперь направляются непосредственно финансовым органам администрации каждой области, и области получили большую самостоятельность в вопросах формирования местных районных бюджетов здравоохранения. Таким образом, районные и местные органы управления теперь могут более динамично реагировать на запросы населения и приводить расходы на здравоохранение в соответствие с местными потребностями и предпочтениями¹⁹. Вместе с тем, как и во многих других бывших советских республиках, децентрализация не сопровождалась внятной стратегией

¹⁶ Ходжамуродов и Речел, Таджикистан: Обзор системы здравоохранения (см. сноску 1), стр. 122.

¹⁷ Rifat Ali Atun et al., "Introducing a complex health innovation: primary health care reforms in Estonia", *Health Policy*, vol. 79, № 1 (Elsevier Ireland Ltd., 2006), pp. 79–91.

¹⁸ E/C.12/2000/4, пункт 19.

¹⁹ World Bank, *Benefits and Challenges of Decentralization*, 2011. Размещено по адресу: <http://go.worldbank.org/23F15SL510>.

повышения управленческих навыков на местах²⁰. Например, в ходе визита Специальному докладчику, стало известно, что сопротивление отдельных государственных структур усилиям по повышению уровня самостоятельности и объемов финансирования, сосредоточенных на провинциальном уровне, объясняется проблемами, связанными с прозрачностью, отчетностью и управленческими способностями. Приветствуя начатый Таджикистаном процесс децентрализации, Специальный докладчик вместе с тем настоятельно призывает правительство в соответствии с правом на здоровье расширить участие местных заинтересованных сторон в принятии решений, связанных со здравоохранением, и укрепить потенциал местных органов власти для обеспечения эффективного и прозрачного процесса управления фондами и ресурсами, выделяемыми для сферы здравоохранения.

15. Для увеличения финансирования здравоохранения, сокращения расходов, оплачиваемых малообеспеченными гражданами из собственного кармана, и расширения доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам правительство приступило к реализации двух экспериментальных программ: программы оплаты за услуги в 236 медицинских учреждениях и программы базового набора услуг в восьми районах. В системе здравоохранения Таджикистана широко распространена оплата расходов населением из собственного кармана, а именно оплата медицинских товаров и услуг при их предоставлении, включая неофициальные платежи или передачу денег "в конверте". В 2010 году такие платежи составили 66,5% общих расходов на здравоохранение, при этом значительную долю из них составила оплата лекарственных препаратов²¹. Оплата медицинских товаров и услуг из собственного кармана непомерным бременем ложится на малообеспеченные слои, которым приходится отдавать за медицинские товары и услуги большую часть своего дохода, чем остальным пациентам. Как следствие, малообеспеченные домохозяйства могут сталкиваться с финансовыми трудностями и обнищанием, что не позволяет многим из них обращаться за медицинской помощью.

16. Программа платных медицинских услуг позволяет медицинским учреждениям взимать за некоторые услуги плату, размер которой устанавливается государством. Она привела к увеличению доходов участвующих в ней учреждений, а также к повышению зарплаты врачей, что позволило отчасти сдержать утечку кадров и профинансировать приобретение новейшего медицинского оборудования такими учреждениями. Вместе с тем увеличение доходов в рамках этой программы отмечалось, главным образом, в обеспеченных районах, в частности в Душанбе. Подавляющее же большинство медицинских учреждений не имели сопоставимых доходов. Кроме того, зарплата врачей повышалась непоследовательно, даже в больницах, охваченных программой. Из всех доходов от программы 40% остается в тех отделениях, в которых они были собраны, и наибольший рост доходов в рамках этой программы наблюдается в отделениях с высокой специализацией.

17. Базовый набор услуг был разработан для предоставления бесплатного доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи для всех и бесплатного больничного обслуживания определенных групп, при этом остальные вносят соответствующую доленую плату. По представленной правительством информации, к категориям населения, освобожденным от оплаты медицинских

²⁰ Carl Afford and Suszy Lessof, "The challenges of transition in CEE and the NIS of the former USSR", *Human resources for health in Europe* (New York, Open University Press, 2006), chap. 11.

²¹ См. <http://apps.who.int/nha/database/StandardReportList.aspx>.

услуг, относятся малоимущие и лица с определенными медицинскими показаниями, имеющими серьезные последствия для общественного здравоохранения, или в случае возможных высоких расходов на медицинскую помощь, например в связи с туберкулезом и диабетом²². Пациенты, не освобожденные от оплаты услуг, но имеющие направление от работника первичного уровня медицинского обслуживания, оплачивают 30% средней стоимости требуемой медицинской услуги, а пациенты без направления платят 70%²³. Несмотря на то, что бесплатная первичная медицинская помощь в рамках этой программы должна в значительной степени субсидироваться государством за счет целевых бюджетных ассигнований, такие ассигнования не включены в бюджет здравоохранения, и финансирование бесплатной первичной медико-санитарной помощи осуществляется главным образом за счет средств от долевого оплаты услуг, предоставляемых больницами. Это создает определенную проблему, поскольку доходы от долевого оплаты должны идти на повышение качества медицинского обслуживания за счет повышения зарплат врачей и улучшения материально-технической оснащенности медицинских учреждений. Согласно представленному правительством совместному ежегодному отчету за 2011 год (см. пункт 13 выше) в 2011 году только 27% средств, полученных от долевого оплаты услуг, пошло на повышение зарплат медицинских работников. Эта программа недостаточно используется еще и по причине слабой информированности населения и недостаточного понимания среди медицинских работников, и поэтому она оказалась неэффективной с точки зрения расширения доступа малоимущих к первичной медико-санитарной помощи.

18. Ни программа оплаты услуг, ни программа базового набора услуг не привела к значительному сокращению расходов, оплачиваемых населением из своего кармана, включая неофициальные платежи. Не помогли они и существенно расширить доступ малоимущих к услугам, предоставляемым больницами. Хотя предполагалось, что в рамках обеих программ малоимущие и другие уязвимые группы населения будут освобождаться от оплаты медицинских услуг, для получения бесплатного обслуживания они по-прежнему должны представить справку, выданную местной комиссией. Во время посещения страны Специальный докладчик получал сообщения о том, что на практике малоимущие по различным причинам часто не могут получить такие справки. Кроме того, программа оплаты услуг была распространена на дополнительные медицинские учреждения, и в некоторых случаях плату стали взимать за услуги первичной медицинской помощи. Это вызывает обеспокоенность, поскольку ведет к росту расходов, оплачиваемых пациентами из собственного кармана, что в конечном счете может способствовать тому, что люди, особенно малоимущие, будут еще реже обращаться за первичной медицинской помощью.

19. В 2011 году в соответствии с национальной стратегией сектора здравоохранения на период 2010–2020 годов межучрежденческая техническая группа по вопросу финансирования здоровья приняла решение провести в 2013 году в Согдийской области экспериментальную программу по объединению средств, выделяемых на здравоохранение, на областном уровне. Объединение ресурсов позволяет осуществлять перекрестное субсидирование финансовых рисков, связанных с медицинским обслуживанием различных групп в рамках крупных контингентов населения, и перераспределять средства в пользу малоимущих и

²² Health Policy Analysis Unit and Ministry of Health, Tajikistan, *The Basic Benefit Package and Patient Financial Burden at the Hospital Level: Results after 15 months of implementation*, September 2009, p. 6.

²³ Там же.

больных, а не состоятельных и здоровых. По экспериментальной программе первичная медико-санитарная помощь в каждом районе будет финансироваться из средств, сконцентрированных на областном уровне, на подушевой основе через местные налоги, дополняемые поступлениями от общегосударственных налогов, для обеспечения равенства между районами. Средства на первичную медико-санитарную помощь будут обеспечивать базовый набор, обеспечивая столь необходимый источник финансирования. Поступления государственных налогов из средств, объединяемых на областном уровне, будут выделяться больничным учреждениям в качестве оплаты за помощь, предоставленную каждому пациенту, а не в зависимости от койко-мест, как в настоящее время. Во время визита осуществление программы было приостановлено из-за обеспокоенности, выраженной рядом заинтересованных сторон. Специальный докладчик призывает правительство в безотлагательном порядке рассмотреть вызвавшие обеспокоенность проблемы с целью завершения осуществления экспериментальной программы в Согдийской области.

С. Качество медицинского обслуживания и доступ к средствам правовой защиты

20. Распространение неофициальных платежей в Таджикистане в значительной степени объясняется низкими зарплатами врачей и других специалистов здравоохранения. В ходе визита Специальному докладчику стало известно, что среднемесячная зарплата врача составляет около 85 долл., а медсестры – около 50 долларов. Низкие зарплаты также усугубляют низкое качество медицинского обслуживания, что часто приводит к халатности медицинских работников – одной из основных проблем на всей территории Таджикистана, что способствует утрате доверия населения к работникам здравоохранения в целом. Многие работники здравоохранения плохо обучены, и квалифицированные специалисты часто предпочитают работать за рубежом, где им предлагают более высокие зарплаты и лучшие условия работы, и это приводит к высокой текучести кадров среди всех медицинских работников. Согласно информации, полученной во время встреч с правительственными должностными лицами, с 2007 года правительство повысило зарплаты врачей и других медицинских работников на 530%. Однако этого недостаточно, учитывая, что изначально размер зарплат был крайне низким: в 2007 году месячная зарплата медицинских работников составляла всего 12 долларов. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство значительно увеличить оклады врачей и других медицинских работников, чтобы повысить качество медицинского обслуживания и сократить распространенность неофициальных платежей во всей системе здравоохранения. Необходимо существенно повысить качество медицинского образования в Таджикистане, а также разработать и внедрить стандарты для обеспечения единого профессионального уровня во всем секторе здравоохранения.

21. Право на здоровье требует, чтобы каждый имел доступ к качественному медицинскому обслуживанию, а государство обеспечивало здоровую окружающую среду. Отсутствие надлежащих механизмов, к которым можно обратиться в случае возможной неоправданной медицинской ошибки (возникшей в результате халатности или профессиональной некомпетентности) не только лишает непосредственно затронутых лиц возможности получить причитающуюся компенсацию, но и не позволяет государству выявить проблемные области. Оно также не позволяет государству принять меры по недопущению повторения таких ошибок, которые, снижая качество медицинского обслуживания, представляют собой нарушение права на здоровье. Любой человек, пострадавший в ре-

зультате врачебной халатности или профессиональной некомпетентности, должен таким образом иметь доступ к эффективным судебным или иным надлежащим средствам правовой защиты на национальном уровне и иметь право на адекватное возмещение вреда в форме реституции, компенсации, сатисфакции или гарантий неповторения²⁴. Система здравоохранения Таджикистана страдает отсутствием средств правовой защиты и ответственности за преступную медицинскую халатность, что еще больше подрывает доверие населения к системе охраны здоровья и к медикам. Во время визита Специальный докладчик встречался с рядом лиц, у которых имелись серьезные жалобы на ненадлежащее лечение в результате преступной медицинской халатности. В каждом случае соответствующие органы не провели надлежащего разбирательства по их жалобам и пострадавшие не получили доступа к средствам правовой защиты, предусмотренным законодательством. В этих условиях важную роль в решении этих проблем играет аппарат Уполномоченного по правам человека в Таджикистане. Вместе с тем, согласно полученной информации, до сих пор он не обладает достаточным потенциалом и не исполняет здесь надлежащим образом своих функций. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство принять незамедлительные меры по обеспечению жертвам преступной медицинской халатности и низкой профессиональной квалификации доступа к надлежащим средствам правовой защиты, включая компенсацию за физический и эмоциональный ущерб, а также предусмотреть, чтобы созданная система позволяла получать информацию, необходимую властям для выявления и устранения проблемных областей.

IV. Профилактика, лечение и предотвращение туберкулеза

22. В пункте 2 с) статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах предусмотрена обязанность государств принимать меры для предупреждения и лечения заболеваний и борьбы с ними, которая включает обязанность обеспечивать профилактику туберкулеза, его лечение и борьбу с ним. Право на здоровье также обязывает государства обеспечивать наличие и доступность медицинских учреждений, товаров и услуг высокого качества для всех на недискриминационной основе, в особенности для лиц, принадлежащих к уязвимым и социально отчужденным категориям²⁵. Лица, больные туберкулезом, уязвимы в результате стигматизации, дискриминации и нищеты и к тому же чаще принадлежат к другим уязвимым группам населения, таким как люди, живущие с ВИЧ, трудящиеся-мигранты и лица, живущие в отдаленных районах. Специальный докладчик подчеркивает, что государства обязаны обеспечивать получение работниками здравоохранения подготовки, позволяющей им определять и удовлетворять конкретные потребности уязвимых или социально отчужденных групп, включая больных туберкулезом²⁶.

23. Правительство Таджикистана признает, что туберкулез является серьезной проблемой в стране. Уровень распространения туберкулеза в Таджикистане (350 случаев на 100 000 человек)²⁷ весьма высок по сравнению со средним уровнем в других странах с высокой распространенностью заболевания

²⁴ E/C.12/2000/4, пункт 59.

²⁵ Там же, пункт 43 а).

²⁶ Там же, пункт 37.

²⁷ TB country profile, Tajikistan, 2011, имеется по адресу: www.who.int/gho/countries/tjk/country_profiles/en/index.html.

(222 на 100 000 человек)²⁸ и гораздо выше, чем средний показатель по региону (170 на 100 000 человек)²⁹. Таджикистан остается одной из 27 стран с острой проблемой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, причем 13% новых случаев заболевания и 54% повторных случаев имеют форму туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью³⁰. Кроме того, только 3% всех новых случаев туберкулеза в 2010 году были проверены на туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью³¹. Примерно 4% всех больных туберкулезом в Таджикистане инфицированы ВИЧ³², что также является серьезной проблемой и затрудняет снижение смертности от туберкулеза.

A. Национальная программа по борьбе с туберкулезом

24. Усилия по профилактике и лечению туберкулеза и борьбе с ним в Таджикистане финансируются главным образом международными донорами. Значительная международная помощь позволила существенно укрепить потенциал лабораторий и поликлиник; некоторые из них получили новейшие технологии, включая новейшее диагностическое оборудование³³. Вместе с тем, несмотря на ежегодное увеличение государственных ассигнований, государство еще не выделяет достаточных средств для решения задач страны в области профилактики и лечения туберкулеза и борьбы с ним. В результате Таджикистан чрезмерно зависит от внешнего финансирования, что может поставить под угрозу устойчивость усилий страны по профилактике и лечению этого заболевания и борьбы с ним.

25. Высокая распространенность туберкулеза и его мультирезистентных форм в Таджикистане объясняется рядом факторов, таких как недостаточная развитость системы первичной медико-санитарной помощи; отсутствие комплексной системы диагностики и неполный сбор медицинской информации на уровне первичной медико-санитарной помощи; нехватка медицинских работников в сельских и отдаленных районах; недостаточные меры лечения туберкулеза и борьбы с ним в тюрьмах; прерывание лечения заключенных после освобождения; недостаточная координация между государством и органами здравоохранения соседних стран для обеспечения доступа к лечению трудящихся-мигрантов; а также стигматизация и дискриминация лиц, больных туберкулезом. Специальный докладчик приветствует осуществление правительством в 2002 году экспериментальной программы краткосрочного курса лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (ДОТС) и ее последующее распространение на все области и районы в 2007 году. В 2010 году правительство учредило также национальную программу по борьбе с туберкулезом для преодоления его мультирезистентных разновидностей.

²⁸ *Global Tuberculosis Report 2012* (WHO, Geneva, 2012) (имеется по адресу: www.who.int/tb/publications/global_report/en/), p. 11.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid., p. 23.

³¹ *Global Tuberculosis Control 2011* (WHO, Geneva, 2011) (имеется по адресу: www.who.int/tb/publications/global_report/2011/en/), p. 36.

³² Рухшона Ашурова, РЦ СПИД, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, Взаимодействие служб ВИЧ и ТБ в Республике Таджикистан: масштабы (Алматы, май 2010 года), диапозитив № 18. См. www.pptsearch365.com/tajikistan.htm.

³³ Project HOPE, "Using Incentives to Improve Tuberculosis Treatment Results: Lessons from Tajikistan", March 2005, p. 8. Имеется по адресу: http://donate.projecthope.org/site/DocServer/Proj_Hope_Tajikistan_TB_case_study.pdf?docID=158.

26. В соответствии с национальной программой по борьбе с туберкулезом диагностика туберкулеза должна проводиться в основном на уровне первичной медико-санитарной помощи. Полная диагностика и анализ мокроты на уровне первичной медицинской помощи в общинах позволяет выявить заболевание на ранней стадии, что снижает риск передачи инфекции и приводит к повышению показателей здравоохранения и сокращению затрат пациентов, которым в противном случае пришлось бы нести транспортные расходы и расходы, связанные с проживанием³⁴. Вместе с тем, поскольку сектор первичной медико-санитарной помощи в Таджикистане не получает достаточного финансирования и слабо развит, работники первичного уровня медицинской помощи, как правило, направляют пациентов с подозрением на туберкулез к специалисту, вместо того чтобы осуществлять такие меры диагностики, как сбор мокроты и проведение бактериоскопического исследования мазков. Право на здоровье предусматривает наличие диагностического обслуживания в целях поощрения ранней диагностики и обеспечения всеобщего доступа к обслуживанию, в частности для малоимущих и лиц, живущих в сельских и отдаленных районах. В этой связи Специальный докладчик призывает правительство продолжить развитие системы первичной медико-санитарной помощи и в полной мере интегрировать усилия по диагностике туберкулеза в число услуг, предоставляемых на первичном уровне медицинского обслуживания.

27. Одной из основных проблем по-прежнему остается прерванный доступ малоимущих и физически изолированных групп населения к лекарственным средствам по программе ДOTS. Право на здоровье предусматривает физическую и экономическую доступность медицинских учреждений, товаров и услуг для каждого человека без дискриминации, включая социально уязвимые группы³⁵. В соответствии с законом услуги по лечению туберкулеза и соответствующие лекарственные препараты в Таджикистане должны предоставляться бесплатно³⁶. Вместе с тем, по мнению медицинских работников и больных туберкулезом, в четырех регионах страны, стоимость лечения является главным препятствием для доступа к диагностике и лечению этого заболевания³⁷. Такая стоимость включает оплачиваемые из собственного кармана расходы на услуги по лечению, лекарственные препараты, транспорт и неофициальные платежи медицинским работникам³⁸. Высокая стоимость проезда ограничивает физическую доступность услуг, предоставляемых в медицинских центрах, включая учреждения первичной медико-санитарной помощи³⁹. Как показывает опыт, ценовая или физическая недоступность надлежащего и непрерывного лечения от туберкулеза снижает уровни диагностики выявления и соблюдения предписа-

³⁴ Stop TB Partnership and TB and Human Rights Task Force, Tuberculosis and Human Rights, рабочий документ о туберкулезе и правах человека (размещен по адресу: www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf), p. 3.

³⁵ E/C.12/2000/4, пункт 12 b).

³⁶ WHO/United Nations Development Programme (UNDP), Review of tuberculosis control in the Republic of Tajikistan (WHO, Denmark, December 2009) (имеется по адресу: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/126411/WHO_TB_Mission_TJK_April-2010-pdf.pdf), p. 7.

³⁷ Raffael Ayé et al., "Patient's site of first access to health system influences length of delay for tuberculosis treatment in Tajikistan", *BioMed Central Health Service Research*, vol. 10, No. 10 (2010), p. 10.

³⁸ См. Raffael Ayé et al., "Household costs of illness during different phases of tuberculosis treatment in Central Asia: a patient survey in Tajikistan", *ibid.*, vol. 10, No. 18 (2010).

³⁹ F. Tediosi et al., "Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan", *ibid.*, vol. 8 (2008), pp. 109–116.

ний врача⁴⁰. Более того, во многих случаях неправильное или прерванное лечение ведет к развитию штаммов, резистентных к лекарственным препаратам, таких как туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулез, экстенсивно резистентный к лекарственным препаратам. Услуги по лечению указанных форм заболевания, а также соответствующие лекарственные препараты более дороги и менее доступны, чем те, которые необходимы для лечения обычного туберкулеза, курсы лечения гораздо более продолжительны, побочные эффекты тяжелее, а показатели эффективности лечения значительно ниже⁴¹. Более весомое финансовое бремя, связанное с лечением таких форм туберкулеза, вынуждены нести не только сами больные, но и государство.

В. Туберкулез и трудящиеся-мигранты

28. По некоторым оценкам, 620 000 таджикских граждан являются трудящимися-мигрантами, в каждой четвертой семье есть трудовой мигрант. Таджикские трудящиеся-мигранты представляют собой уязвимую группу по причине их зачастую неурегулированного правового статуса в принимающей стране, плохих условий труда и быта и ограниченного доступа к медицинскому обслуживанию. В некоторых случаях граждане Таджикистана, больные туберкулезом, мигрируют в поисках работы и вследствие этого не имеют возможности лечиться в принимающей стране. В других случаях таджикские трудящиеся-мигранты заболевают туберкулезом в принимающей стране и не имеют в ней доступа к необходимой диагностике и лечению⁴². Трудящиеся-мигранты, больные туберкулезом, особенно уязвимы из-за связанной с этим заболеванием стигматизации, вероятности потери работы, если об их заболевании станет известно, и угрозы высылки из принимающей страны.

29. Миграция повышает риск передачи туберкулеза, особенно если мигранты прибывают из стран с высокой заболеваемостью⁴³. Дорогое лечение туберкулеза за границей в сочетании с низкой осведомленностью о профилактике и распространении заболевания еще более повышает уровень заболеваемости среди трудящихся-мигрантов⁴⁴. Исследования также показали, что показатели соблюдения режима лечения при туберкулезе среди трудящихся-мигрантов ниже, чем среди других групп⁴⁵. В результате в 2007 году 10,2% новых случаев заболевания туберкулезом в Таджикистане было зарегистрировано среди трудящихся-мигрантов⁴⁶. Право на здоровье предусматривает, что государства должны уделять особое внимание всем уязвимым и маргинальным группам, включая трудящихся-мигрантов, в национальных стратегиях здравоохранения⁴⁷. Поэтому

⁴⁰ См. Pirom Kamolratanakul et al., "Economic impact of tuberculosis at the household level", *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 3, No. 7 (July 1999).

⁴¹ См. WHO *Global Tuberculosis Control 2011* (см. сноску 31).

⁴² Christopher Gilpin et al., "Exploring TB-Related Knowledge, Attitude, Behaviour, and Practice among Migrant Workers in Tajikistan", Hindawi Publishing Corporation, *Tuberculosis Research and Treatment*, vol. 2011, p. 1.

⁴³ José Figueroa-Munoz, Pilar Ramon-Pardo, "Tuberculosis control in vulnerable groups", *Bulletin of the World Health Organization*. Размещено по адресу: www.who.int/bulletin/volumes/86/9/06-038737/en/index.html.

⁴⁴ См. Gilpin, "Exploring TB-Related Knowledge" (см. сноску 42).

⁴⁵ Xu Weiguo et al., "Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study", *BioMed Central Health Services Research*, vol. 9, No. 169 (2009), p. 3.

⁴⁶ WHO/UNDP, Review of tuberculosis control (см. сноску 36), p. 13.

⁴⁷ E/C.12/2000/4, пункт 43 f).

Специальный докладчик настоятельно призывает правительство принять конкретные меры по преодолению возросшей уязвимости таджикских трудящихся-мигрантов по отношению к туберкулезу, в том числе путем принятия целенаправленных мер и сотрудничества с принимающими странами.

С. Туберкулез в пенитенциарной системе

30. Проблема туберкулеза среди заключенных в Таджикистане вызывает серьезную обеспокоенность. Государство обязано обеспечивать осуществление заключенными права на здоровье, в частности воздерживаясь от запрещения или ограничения их доступа к медицинскому обслуживанию⁴⁸. Кроме того, заключенные, больные туберкулезом, особенно уязвимы по причине связанной с этим заболеванием стигматизации и своей полной зависимости от доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам. В 2008 году программа ДОТС была полностью выполнена в пенитенциарной системе, и доступ к диагностике и лечению туберкулеза улучшился. Лечение мультирезистентных форм этого заболевания проводится в тюрьмах с 2009 года. Вместе с тем не наблюдается значительного снижения уровня заболеваемости туберкулезом и его мультирезистентными формами после осуществления этой программы. В местах лишения свободы заболеваемость в 15 раз, а смертность от туберкулеза в 30 раз превышают показатели по населению в целом⁴⁹. В учреждениях пенитенциарной системы ситуация с туберкулезом обостряется из-за отсутствия своевременной диагностики и лечения. В некоторых случаях лечение начинается не ранее, чем через шесть–восемь недель после выявления болезни⁵⁰. Кроме того, во время визита Специальному докладчику стало известно, что показатель заболеваемости туберкулезом в тюрьмах возрос со 165 случаев в 2007 году до 195 случаев в 2011 году, а показатель заболеваемости мультирезистентным туберкулезом незначительно сократился с 22 случаев в 2010 году до 19 в 2011 году. Специальный докладчик также получил информацию о том, что показатель заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы возрос с 8 случаев в 2010 году до 21 в 2011 году и что в течение первых пяти месяцев 2012 года заболеваемость мультирезистентным туберкулезом составила 44 случая. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство принять конкретные меры по расширению наличия и обеспечения доступности диагностики и лечения туберкулеза в тюрьмах.

31. В пенитенциарной системе отсутствует эффективная система мониторинга и единая электронная база данных для регистрации заключенных и недавно освобожденных заключенных, больных туберкулезом, для обеспечения непрерывности лечения после их перевода внутри пенитенциарной системы или освобождения из тюрьмы⁵¹. Таким образом, перевод заключенных, больных туберкулезом, внутри пенитенциарной системы и отсутствие взаимодействия между тюрьмами и местными органами здравоохранения приводят к прерыванию лечения и повышают риск заболеваемости мультирезистентным туберкулезом среди заключенных, бывших заключенных и населения в целом. Отсутствие точных медицинских данных может также помешать медицинским работникам обеспечить надлежащее лечение заключенных, больных туберкулезом, которые

⁴⁸ Там же, пункт 34.

⁴⁹ Цели развития тысячелетия: достижения в Таджикистане (см. сноску 2), стр. 87.

⁵⁰ WHO/UNDP, Review of tuberculosis control (см. сноску 36), р. 41.

⁵¹ Рухшона Ашурова, Взаимодействие служб ВИЧ и ТБ в Республике Таджикистан (см. сноску 32), диапозитив № 37.

переводятся в другое место заключения или освобождаются из тюрьмы⁵². Кроме того, отсутствие точных данных о заболеваемости туберкулезом среди заключенных препятствует эффективной борьбе с этой болезнью в пенитенциарных учреждениях. Обязательство государства по обеспечению профилактики заболеваний, их лечению и борьбе с ними предусматривает обязанность применять и совершенствовать эпидемиологический надзор. Специальный докладчик призывает правительство обеспечить надлежащий мониторинг, а также разработку и осуществление системы медицинской регистрации в пенитенциарной системе в целях предотвращения прерывания лечения заключенных и бывших заключенных, больных туберкулезом.

D. Стигматизация и дискриминация

32. Специальный докладчик серьезно обеспокоен стигматизацией и дискриминацией в Таджикистане больных туберкулезом и лиц, одновременно инфицированных ВИЧ и туберкулезом. Во время своего визита Специальный докладчик неоднократно получал сообщения о том, что стигматизация, связанная с туберкулезом, представляет собой серьезную проблему и что больные туберкулезом ВИЧ-инфицированные лица периодически сталкиваются с отказом в лечении туберкулеза в некоторых учреждениях. Опасаясь стигматизации и дискриминации, больные туберкулезом не обращаются за консультацией и лечением, что в свою очередь препятствует усилиям по профилактике и лечению этого заболевания и борьбе с ним.

33. В основе стигматизации в Таджикистане лежит низкая информированность населения о методах профилактики туберкулеза и путях его распространения. Поэтому правительству следует активизировать усилия по повышению осведомленности населения, используя СМИ, социальные сети и другие медийные средства. Специальный докладчик с удовлетворением узнал о том, что в некоторых случаях правительство привлекало лиц, больных туберкулезом, и тех, кто выздоровел от этой болезни, к участию в информационно-просветительских кампаниях вместе с другими заинтересованными лицами, представителями гражданского общества и религиозными лидерами. Участие затрагиваемых общин имеет важнейшее значение для осуществления права на здоровье и необходимо для обеспечения устойчивой и эффективной профилактики и лечения туберкулеза и борьбы с ним в Таджикистане. Правительству следует обеспечивать право лиц, больных туберкулезом, на конфиденциальность в личных медицинских данных, включая информацию о диагностике и лечении. Обеспечение права на конфиденциальность способствует обращению лиц, которые в противном случае опасались бы стигматизации, в службы диагностики и лечения. В связи с этим Специальный докладчик настоятельно призывает правительство создавать условия для конструктивного участия больных туберкулезом и других заинтересованных лиц во всех аспектах усилий по профилактике и лечению этого заболевания и борьбе с ним, а также защищать право на конфиденциальность информации о диагностике и лечении для сокращения стигматизации и дискриминации лиц, живущих с этим заболеванием.

⁵² WHO/UNDP, Review of tuberculosis control (см. сноску 36), p. 7.

V. Психическое здоровье

34. Учитывая, что психическое здоровье является важнейшим компонентом права на наивысший достижимый уровень здоровья, государству следует обеспечивать для всех наличие, доступность и культурную приемлемость учреждений, товаров и услуг, предназначенных для охраны психического здоровья. Обязательство по соблюдению права на здоровье предусматривает принятие и выполнение государством национальной стратегии и плана действий в области общественного здравоохранения, направленных, в частности, на поощрение и поддержку создания учреждений, оказывающих консультации и услуги в области охраны психического здоровья⁵³. Кроме того, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи поддерживают право каждого человека, страдающего психическим заболеванием, насколько это возможно, на лечение и уход в общине, в которой он проживает⁵⁴.

35. В 2005 году Таджикистан подписал Европейскую декларацию и План действий по охране психического здоровья, где содержится призыв к государствам – членам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) установить политику, программы и законодательство в области психического здоровья, основанные на современных знаниях и уважении прав человека, в консультации со всеми партнерами по охране психического здоровья⁵⁵. В Таджикистане по-прежнему отсутствует комплексный национальный план по проблемам психического здоровья. Закон о психиатрической помощи 2002 года, являющийся основным нормативным актом, регулирующим оказание услуг по охране психического здоровья в Таджикистане, не осуществляется в полной мере, а многие из его положений устарели. В ходе своего визита Специальный докладчик с удовлетворением узнал, что правительство рассматривает вопрос о внесении поправок в этот закон и принятии национальной стратегии по охране психического здоровья. Он призывает правительство принять скорейшие меры по принятию стратегии и комплексной политики в области психического здоровья, основанных на праве на здоровье, и обеспечить активное и осознанное участие всех соответствующих заинтересованных сторон, включая лиц, страдающих психическими заболеваниями, в процесс принятия решений.

A. Финансирование психиатрической помощи

36. Во время визита Специальному докладчику стало известно, что в настоящее время на оказание психиатрической помощи в Таджикистане выделяется лишь 1,5% бюджета здравоохранения. В этом бюджете отсутствует отдельная статья расходов на охрану психического здоровья⁵⁶. Это может говорить о низкой приоритетности охраны психического здоровья в стране. По одной из оценок, бюджетные ассигнования на психиатрическую помощь покрывают только 30–50% фактических потребностей психиатрических учреждений, а 70% таких учреждений не получают финансирования для приобретения оборудования.

⁵³ E/C.12/2000/4, пункты 36 и 43 f).

⁵⁴ Резолюция 46/119 Генеральной Ассамблеи, принцип 7, пункт 1.

⁵⁵ Европейская декларация по охране психического здоровья: проблемы и пути их решения, Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, январь 2005 года (EUR/04/5047810/6), пункт 4.

⁵⁶ ВОЗ и Министерство здравоохранения Таджикистана, WHO-AIMS Report on Mental Health System in the Republic of Tajikistan, Dushanbe, 2009 (имеется по адресу: www.who.int/mental_health/tajikistan_who_aims_report.pdf), p. 10.

ния и оплаты коммунальных услуг⁵⁷. Международная донорская помощь также, как правило, не идет на финансирование услуг по охране психического здоровья, что в свою очередь усугубляет нехватку средств и ресурсов. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство в приоритетном порядке значительно увеличить финансирование психиатрической помощи и выделять более весомую долю средств и ресурсов на нужды общинных учреждений в области оказания психиатрической помощи.

37. Кроме того, существующая материально-техническая база психиатрических лечебниц в Таджикистане находится в запущенном состоянии и нуждается в капитальном ремонте. Из-за ограниченного государственного финансирования многие психиатрические учреждения не в состоянии сделать даже самый необходимый ремонт⁵⁸. Специальный докладчик обеспокоен плохими условиями пребывания в психиатрических учреждениях, в которых часто не соблюдаются элементарные санитарно-гигиенические нормы. Низкий уровень гигиены и нехватка питьевой воды и питания способствуют ухудшению физического здоровья госпитализированных пациентов⁵⁹. В больницах довольно часто на продолжительное время отключают электричество, а в некоторых из них пациенты умирали из-за неисправности отопительной системы в зимний период⁶⁰. Психиатрические учреждения должны быть обеспечены необходимыми материально-техническими ресурсами и оборудованием для удовлетворения базовых санитарных норм и различных потребностей лиц с психическими расстройствами. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство принять безотлагательные меры в целях улучшения санитарно-гигиенических условий в психиатрических больницах, а также решить проблемы материально-технической базы.

38. Недостаточные бюджетные ассигнования на охрану психического здоровья резко ограничивают наличие и доступность приемлемых с культурной точки зрения психиатрических учреждений, товаров и услуг высокого качества. Система охраны психического здоровья в Таджикистане излишне ориентирована на госпитализацию лиц, страдающих психическими заболеваниями, включая детей, в психиатрических больницах, которые составляют подавляющую часть инфраструктуры по оказанию психиатрической помощи. Так, 84% всех государственных расходов на охрану психического здоровья уходит на финансирование психиатрических больниц⁶¹. В контексте реформирования других секторов системы здравоохранения правительство приступило к сокращению коечного фонда больниц и более широкому использованию амбулаторного лечения. Вместе с тем в области психического здоровья в Таджикистане не предоставляется эффективных услуг здравоохранения на уровне общин⁶². Во время визита Специальный докладчик узнал, что общинные учреждения не могут получить лицензии на осуществление своей деятельности из-за устаревшей и неэффективной системы лицензирования. Лечение на общинном уровне позволяет людям, страдающим психическими расстройствами, проходить лечение, не покидая своей общины. Такой подход предусматривает участие общины в лечении и реабили-

⁵⁷ Pharmaciens Sans Frontières Comité International (PSFCI), Assessment of psychiatric institutions in the Republic of Tajikistan (2006), slide 15.

⁵⁸ Hamid Ghodse, *International Perspectives on Mental Health* (London, Royal College of Psychiatrists, 2011), pp. 208, 210.

⁵⁹ Ibid., p. 208; PSFCI, Assessment of psychiatric institutions (см. сноску 57), slide no. 13.

⁶⁰ PSFCI, Assessment of psychiatric institutions (см. сноску 57), slides 14, 16; Ghodse, *International Perspectives on Mental Health* (см. сноску 58) p. 210.

⁶¹ WHO, WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 5.

⁶² Там же, стр. 12.

тации и более эффективен с точки зрения затрат, чем стационарное лечение и госпитализация. Кроме того, лечение в общине будет во многом способствовать сокращению стигматизации психически больных в Таджикистане. Специальный докладчик призывает правительство принять конкретные меры по созданию общинных лечебных учреждений и служб для лиц, страдающих психическими расстройствами, в соответствии с международными медицинскими нормами и стандартами в области прав человека.

В. Психиатрические лекарственные средства и качество психиатрической помощи

39. Право на здоровье предусматривает обязанность государства предоставлять доступ к безопасным, действенным и недорогим лекарственным средствам, в том числе для уязвимых групп населения. Вместе с тем такие психиатрические лекарственные средства, как антидепрессанты и нейролептики, редко имеются в наличии в психиатрических лечебницах, особенно в малообеспеченных и отдаленных общинах. Ситуация особенно ухудшилась после прекращения в 2010 году бесплатного лечения психотропными препаратами⁶³. В результате этого возросло количество случаев самолечения и обращения к народным целителям⁶⁴. Кроме того, нехватка психотропных лекарственных препаратов привела к увеличению расходов пациентов, которые вынуждены сами оплачивать лечение, если оно не предоставляется бесплатно в психиатрических больницах⁶⁵. Повсеместная нехватка психиатрических лекарственных средств еще более отделила психиатрию и лечение психических заболеваний от основной системы медицинской помощи, затронув в несоразмерно большей степени лица с психическими заболеваниями. Лица, страдающие физическими заболеваниями, находятся в более выгодном отношении, имея относительно больший доступ к медицинским товарам и услугам. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство улучшить поставку психиатрических лекарственных препаратов путем принятия законов и программ, обеспечивающих наличие безопасных, действенных и доступных лекарственных препаратов для лиц, страдающих психическими расстройствами.

40. Главным фактором, ограничивающим наличие качественных услуг по охране психического здоровья в Таджикистане, является нехватка квалифицированных специалистов по вопросам психического здоровья. В Таджикистане на 100 000 человек приходится всего 1,8 психиатра⁶⁶, что крайне мало в сравнении с другими странами региона. Кроме того, в стране практически нет психологов и социальных работников⁶⁷. Только 2% времени, предусмотренного на подготовку врачей, и 1% времени, отводимого на подготовку медицинских сестер, посвящается вопросам психического здоровья⁶⁸. В результате наблюдается полное отсутствие психосоциальных работников в амбулаторных учреждениях,

⁶³ Alisher Latypov, "Healers and psychiatrists: the transformation of mental health care in Tajikistan", *Transcultural Psychology*, vol. 47, No. 3 (July 2010), pp. 419–451.

⁶⁴ Ходжамуродов и Речел, Таджикистан: Обзор системы здравоохранения (см. сноску 1), стр. 150.

⁶⁵ WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 10.

⁶⁶ Maya Semrau et al., "Lessons learned in developing community mental health care in Europe", *World Psychiatry*, vol. 10, No. 3 (October 2011), pp. 217–225, table 1.

⁶⁷ WHO/Europe and Ministry of Health Tajikistan, *Mental Health Policy and Strategy, Republic of Tajikistan (2010)* (имеется в секретариате Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека), p. 10.

⁶⁸ WHO, WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 21.

созданных на уровне общин в психиатрических стационарах и в психиатрических больницах⁶⁹. Нехватка квалифицированных специалистов в области психического здоровья еще острее ощущается в сельских и отдаленных районах, где психиатров в четыре раза меньше, чем в городских районах⁷⁰. К тому же с учетом того, что специалисты в области психического здоровья не получают достаточной оплаты труда, молодые врачи не заинтересованы в том, чтобы работать в системе охраны психического здоровья⁷¹. 10% специалистов в области психического здоровья покидают страну в течение пяти лет после получения образования в поисках более высокооплачиваемых должностей⁷². В пенитенциарной системе положение еще более неблагоприятно. Во время своего визита Специальный докладчик узнал, что среди врачебного персонала пенитенциарных учреждений нет квалифицированных психиатров, а их роль на консультативной основе выполняет всего один врач, прошедший психиатрическую подготовку. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство повысить зарплаты специалистам в области психического здоровья, разработать систему достаточного стимулирования для повышения привлекательности работы в этой сфере и удержания специалистов и улучшить условия труда в психиатрических учреждениях.

41. На фоне нехватки специалистов в области психического здоровья и острого дефицита лекарственных препаратов для лечения психических заболеваний низкое качество оказываемых услуг в области охраны психического здоровья приводит к тому, что существующая система не может удовлетворить даже самые основные потребности психически больных лиц в Таджикистане. Психически нездоровые люди часто в рамках проводимого лечения часто подвергаются мерам воздействия в виде средств механического усмирения или изоляции от общества: 8,2% пациентов республиканской психоневрологической больницы и 6–10% пациентов общинных психиатрических стационаров по меньшей мере один раз подвергались таким мерам⁷³, несмотря на международные принципы, согласно которым физическое усмирение и принудительная изоляция применяются "только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного вреда или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам"⁷⁴. В системе первичной медико-санитарной помощи также практически отсутствуют профилактика, выявление, диагностика и контроль психических заболеваний. Работники системы первичной медико-санитарной помощи не проходят подготовки в области психического здоровья; по этой причине многие психические расстройства, такие как депрессии, не диагностируются на уровне первичной медицинской помощи⁷⁵. Подобный дефицит еще более усугубляет проблему охраны психического здоровья в Таджикистане и повышает затраты в рамках всей системы, не позволяя избежать более дорогостоящего лечения в специализированных клиниках.

⁶⁹ Ibid., p. 23.

⁷⁰ Ibid., pp. 23–24.

⁷¹ WHO/Europe, Tajikistan: Mental Health.

⁷² WHO, WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 27.

⁷³ Ibid., p. 15.

⁷⁴ Резолюция 46/119, принцип 11, пункт 11.

⁷⁵ WHO, WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 6.

С. Дискриминация, злоупотребления и осознанное согласие в сфере психиатрической помощи

42. Специальный докладчик с огорчением отмечает доведенные до его сведения сообщения о злоупотреблениях по отношению к психически нездоровым лицам в психиатрических учреждениях Таджикистана. К ним относятся сообщения о сексуальном насилии в отношении пациентов со стороны работников психиатрических лечебниц и других пациентов, а также акты унижения пациентов, когда тем дают наркотики и заставляют выступать перед персоналом больницы и другими пациентами больницы. Такие акты, если они подтвердятся, будут равносильны вопиющим нарушениям права на здоровье и посягательствам на достоинство и самостоятельность лиц, страдающих психическими заболеваниями. Специальный докладчик призывает правительство незамедлительно провести расследование этих сообщений, принять меры по недопущению надругательств над психически больными людьми и обеспечить, чтобы все виновные в таких злоупотреблениях привлекались к ответственности по закону.

43. Стигматизация и дискриминация психически больных лиц в Таджикистане вызывают серьезную обеспокоенность. Клеймо позора и боязнь дискриминации удерживают психически больных лиц от обращения за медицинской помощью из-за опасений, что их признают душевнобольными. Их семьи не желают принимать участие в общинных программах, из-за клейма позора, сопровождающего признание в общине того, что один из членов семьи психически болен. В некоторых случаях семьи предпочитают отказаться от родственника, помещенного с психическим заболеванием в психиатрическую клинику⁷⁶. Основная цель семьи часто заключается в том, чтобы снять с себя клеймо позора, а не в том, чтобы добиться надлежащего лечения для одного из своих родственников. Стигматизация психически больных еще более усугубляется и закрепляется системой регистрации лиц, состоящих на учете в психиатрических лечебных учреждениях. Специальному докладчику стало известно, что информация о постановке на учет сообщается работодателям, учебным заведениям и другим государственным учреждениям. В некоторых случаях наличие такой информации приводит к дискриминации лиц, страдающих психическими заболеваниями, несмотря на предусмотренные Законом о психиатрической помощи требования в отношении конфиденциальности данных о психическом здоровье. Право на свободу от дискриминации по признаку состояния здоровья является ключевым компонентом права на здоровье. Система регистрации в ее нынешней форме нарушает право на конфиденциальность личных медицинских данных и представляет собой посягательство на достоинство лиц, страдающих психическими заболеваниями. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство устранить стигматизацию, связанную с психическими заболеваниями, проводя для этого информационно-просветительские кампании среди населения, а также пересмотреть систему регистрации лиц, страдающих психическими расстройствами, проведя оценку ее воздействия на права таких лиц.

44. Во время визита Специальный докладчик отметил, что пациенты попадают в психиатрические больницы и проходят там лечение, не давая на это явного и осознанного согласия, несмотря на соответствующее требование, предусмотренное в законодательстве Таджикистана. Во время посещения одной из психиатрических лечебниц Специальному докладчику сообщили о том, что согласие родственников психически больных лиц признается за согласие самих пациентов. Эта проблема усугубляется осуществлением Закона о психиатриче-

⁷⁶ WHO/Europe, Tajikistan: Mental Health (см. сноску 71).

ской помощи, в соответствии с которым принудительную госпитализацию считают неотложной госпитализацией; вместо того чтобы признать ее недобровольный характер⁷⁷. Кроме того, людей, страдающих психическими расстройствами, часто не ставят в известность о состоянии их здоровья или о поставленном им диагнозе, не обсуждают с ними планы лечения и не дают им возможности обратиться за альтернативным психиатрическим обследованием⁷⁸. Право на здоровье предусматривает получение осознанного согласия всех дееспособных лиц до начала применения медицинского лечения. Осознанное согласие психически больного лица имеет важнейшее значение для уважения самостоятельности человека, его самоопределения и его человеческого достоинства. Взрослые люди, включая страдающих психическими расстройствами, считаются дееспособными и таким образом имеют право соглашаться на медицинское вмешательство, отказываться от него или выбирать альтернативный вариант⁷⁹. Принудительная госпитализация и лечение должны допускаться лишь в чрезвычайных обстоятельствах при соблюдении конкретных ограничительных условий, осуществляться наиболее оптимальными методами и соответствовать применимым международным стандартам⁸⁰. Специальный докладчик призывает правительство обеспечить получение осознанного согласия всех лиц, страдающих психическими заболеваниями, до их госпитализации в психиатрические учреждения или применения лечения.

D. Психическое здоровье женщин и насилие в семье

45. Согласно одной из оценок, до 50% женщин в Таджикистане подвергаются физическому, психологическому или сексуальному насилию со стороны мужа или других членов семьи⁸¹. В Таджикистане нет комплексной медицинской стратегии по преодолению негативных последствий насилия в семье для физического и психического здоровья женщин. Врачи и медицинские работники не имеют специальной подготовки для выявления и регистрации случаев насилия в семье. В Таджикистане также нет действующей системы обмена информацией между медицинскими учреждениями и службами по оказанию помощи в целях защиты жертв насилия⁸². В результате ограниченное число программ, предлагающих психологическое консультирование и временную защиту, недостаточно интегрированы в систему здравоохранения и не могут охватить большую часть нуждающихся женщин⁸³. Женщины из сельских и отдаленных общин, составляющие большинство женского населения в Таджикистане⁸⁴, особенно уязвимы в силу ограниченности имеющегося у них доступа к медицинским учреждениям.

⁷⁷ См. WHO, WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 15.

⁷⁸ Ghodse, *International Perspectives on Mental Health* (см. сноску 58), p. 211.

⁷⁹ См. A/64/272, пункт 10.

⁸⁰ E/C.12/2000/4, пункт 34. См. резолюцию 46/119 Генеральной Ассамблеи.

⁸¹ Amnesty International, "Violence is Not Just a Family Affair: Women Face Abuse in Tajikistan" (London, 2009) (размещено по адресу: www.amnesty.org/en/library/asset/EUR60/001/2009/en/59bb6e9b-727d-496b-b88d-1245a750d504/eur600012009en.pdf), p. 5.

⁸² Ibid., p. 6.

⁸³ UNDP, *Strengthening Early Recovery Capacities in Tajikistan programme* (available from www.undp.tj/site/images/Docs/Early_Recovery_Rollout_Tajikistan_Early_Recovery_Capacities_Project_Document.pdf), p. 6.

⁸⁴ Государственный статистический комитет Республики Таджикистан, "Женщины и мужчины в Республике Таджикистан", ЮНИФЕМ, Душанбе, 2007 год (размещено по адресу: www.tojikinfo.tj/ru/download/files/MenWomen_russ.pdf), стр. 3.

ям и услугам по сравнению с городскими женщинами⁸⁵. В соответствии с правом на здоровье Таджикистану следует принять особые меры по защите физического и психического здоровья женщин, ставших жертвами насилия или подвергающихся риску насилия⁸⁶.

46. Специальный докладчик обеспокоен сообщениями о наличии взаимосвязи между высокими показателями насилия в отношении женщин в семье и возросшим числом самоубийств среди женщин и молодых людей в Таджикистане. Соотношение числа самоубийств среди мужчин и женщин в Согдийской области составляет один к одному, в то время как в развитых странах такое соотношение среди мужчин и женщин составляет четыре к одному⁸⁷. По информации ВОЗ, гендерное насилие является важным показателем, позволяющим прогнозировать уровень самоубийств среди женщин⁸⁸. Результаты проведенного в Таджикистане обследования показали, что 70% женщин, у которых возникали мысли о самоубийстве, и 70% пытавшихся покончить с собой, подвергались физическому насилию со стороны мужа⁸⁹. В другом исследовании было установлено, что в семьях, в которых избивание женщины за разговор с мужчиной, не являющимся ее родственником, считается допустимым, уровень самоубийств среди женщин в два раза выше по сравнению с другими семьями⁹⁰. Бытующее в обществе мнение, что насилие в семье – это частное дело семьи, также является фактором, способствующим самоубийствам среди женщин и ограничивающим возможности психиатрических работников по надлежащему выявлению и лечению жертв такого насилия⁹¹. К другим факторам, влияющим на количество случаев самоубийств в Таджикистане, относятся принудительные браки, насилие в отношении детей и отсталые представления о роли мужчин и женщин⁹². Ограниченность психиатрических услуг и отсутствие ранней диагностики психических заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи также существенно усугубляют эту проблему.

47. После своей миссии в Таджикистан в 2008 году Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин, его причинах и последствиях в качестве одной из причин ограниченного числа жалоб на насилие в отношении женщин в стране назвала отсутствие необходимой инфраструктуры и практики, обеспечивающих защиту со стороны правоохранительных и судебных органов⁹³. Вместе с тем в соответствии с законом медицинские работники обязаны заявлять о случаях насилия в семье правоохранительным органам Таджикистана. Хотя требование заявлять о таких случаях явно преследует цель защиты женщин, оно может быть расценено как посягательство на право женщин на

⁸⁵ WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women (Geneva, 2005) (размещено по адресу: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/), pp. 55–62.

⁸⁶ E/C.12/2000/4, пункт 21.

⁸⁷ UNICEF-Tajikistan and Columbia University, Study of prevalence and dynamics of suicide among children and young people (12–24 years of age) in Sughd Region, Tajikistan (New York, February 2012), p. iii.

⁸⁸ WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, "Gender disparities in mental health". Размещено по адресу: www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.

⁸⁹ Amnesty International, "Violence is Not Just a Family Affair" (см. сноску 81), p. 16.

⁹⁰ UNICEF, Study of prevalence and dynamics of suicide (см. сноску 87), p. v.

⁹¹ WHO, WHO-AIMS Report (см. сноску 56), p. 32.

⁹² United Nations Integrated Regional Information Network, "Our bodies – their battle ground: gender-based violence in conflict zones", September 2004 (размещено по адресу: www.irinnews.org/pdf/in-depth/GBV-IRIN-In-Depth.pdf), p. 25.

⁹³ A/HRC/11/6/Add.2, пункт 66.

конфиденциальность их личных медицинских данных, а также усугубляет и закрепляет стигматизацию жертв насилия в семье⁹⁴. Кроме того, сообщения о случаях насилия рассматриваются в качестве фактора, удерживающего некоторых женщин от обращения за медицинской помощью⁹⁵. Кроме того, такие законы негативно сказываются на предоставлении услуг в области охраны психического здоровья. Специалисты в области психиатрии весьма неохотно занимают жертвами насилия в семье, опасаясь уголовного преследования, а жертвы такого насилия могут отказаться от обращения за психиатрической помощью, опасаясь публичной огласки и боязни дальнейших надругательств в семье. Таким образом, эти законы ограничивают наличие и доступность услуг по охране психического здоровья и подвергают женщин повышенному риску самоубийства. Поэтому нельзя требовать в законодательном порядке от медицинских работников, чтобы они сообщали о случаях насилия в семье правоохранительным органам. Специальный докладчик призывает правительство изучить возможность установления такого правового режима, который обеспечивал бы защиту жертв, позволял бы им быстро получать охранные судебные приказы, а также предусматривал бы консультирование и лечение негативных физических и психических последствий для здоровья, возникших в результате насилия в семье.

VI. Выводы и рекомендации

48. Специальный докладчик с удовлетворением отмечает прогресс, достигнутый в Таджикистане после прекращения гражданского конфликта в 1997 году. В частности, правительство Таджикистана заслуживает высокой оценки за существенное сокращение масштабов нищеты в стране и за недавнее начало осуществления реформ сектора здравоохранения. Специальный докладчик призывает правительство продолжать реформы сектора здравоохранения в соответствии с правом на здоровье, обеспечить всеобщий доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам высокого качества. В этой связи Специальный докладчик с удовлетворением отмечает сообщение правительства после его визита о том, что был подготовлен план действий по выполнению его рекомендаций, и призывает правительство обеспечить реальное участие представителей гражданского общества и общин в осуществлении и мониторинге плана.

49. В отношении системы здравоохранения и ее финансирования Специальный докладчик рекомендует правительству Таджикистана:

а) увеличить ассигнования на здравоохранение из государственного бюджета в делах обеспечения надлежащего, справедливого и устойчивого финансирования здравоохранения;

б) сократить излишний потенциал на вторичном и третичном уровнях оказания помощи, в том числе за счет решения проблемы излишнего персонала, коечного фонда и медицинского оборудования;

в) перенаправить ресурсы в сектор первичной медико-санитарной помощи и увеличить его финансирование;

⁹⁴ *Domestic Violence in Tajikistan* (Minneapolis, The Advocates for Human Rights, 2008) (размещено по адресу: www.stopvaw.org/uploads/tajikistan_3_6_07_layout_-_final_mc.pdf), p. 46. См. также Amnesty International, "Violence is Not Just a Family Affair" (см. сноску 81), p. 25.

⁹⁵ A/HRC/11/6/Add.2, пункт 71.

d) увеличить объем средств, направляемых на подготовку врачей общей практики и семейных врачей, в том числе за счет расширенного изучения основных предметов общей медицины и разработки всеобъемлющей программы льгот и стимулов для учащихся, которые побуждали бы их продолжать такую подготовку;

e) продолжить разработку и совершенствование таких программ, как программа платных услуг и программа базового набора услуг, в целях сокращения расходов, покрываемых населением за счет собственных средств, особенно для малоимущих;

f) шире информировать население о реформах в области финансирования здравоохранения с целью повышения их эффективности и содействовать пониманию таких реформ медицинскими работниками;

g) осуществить в Согдийской области экспериментальную программу по объединению средств в качестве основы для разработки национальной системы объединения средств, предусматривающей такие обязательные, прогрессивные платежи, как налоговые отчисления и страховые взносы, установленные в зависимости от платежеспособности, с тем чтобы сократить расходы на здравоохранение, покрываемые населением за счет собственных средств, и обеспечить доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам высокого качества;

h) продолжать повышение окладов всех медицинских работников.

50. Специальный докладчик настоятельно призывает правительство рассмотреть следующие рекомендации в связи с предпринимаемыми им усилиями по профилактике туберкулеза, его лечению и борьбе с ним:

a) увеличить объем финансовых средств, выделяемых на профилактику туберкулеза, его лечение и борьбу с ним, в целях обеспечения устойчивости национальной программы по борьбе с туберкулезом;

b) обеспечить полную интеграцию услуг в области диагностики и лечения туберкулеза в сектор первичной медико-санитарной помощи;

c) предусмотреть бесплатное предоставление услуг в области диагностики и лечения туберкулеза, в том числе всех сопутствующих предметов и услуг, в соответствии с законодательством страны, а также обеспечить физическую доступность таких услуг для населения сельских и отдаленных районов;

d) обеспечить в сотрудничестве с международными донорами наличие самого современного диагностического обслуживания, включая анализ на лекарственную чувствительность при лечении мультирезистентных форм туберкулеза;

e) защищать право на конфиденциальность личных медицинских данных больных туберкулезом, в частности информации, касающейся диагностики и лечения;

f) взаимодействовать с принимающими странами для обеспечения непрерывного доступа трудящихся-мигрантов к диагностике и лечению туберкулеза как в Таджикистане, так и во время их пребывания в принимающих странах;

g) обеспечить своевременный доступ к диагностике и лечению туберкулеза всем заключенным и осуществлять в пенитенциарной системе

мониторинг и систему медицинской регистрации, в частности для того, чтобы предотвратить прерывание лечения заключенных и бывших заключенных, больных туберкулезом;

h) провести информационно-просветительские кампании среди населения по методам профилактики и путям распространения туберкулеза с целью сокращения стигматизации, связанной с этой болезнью, и по вопросу о важности диагностики и лечения.

51. В области охраны психического здоровья Специальный докладчик рекомендует правительству Таджикистана:

a) утвердить всеобъемлющую политику и план действий в области охраны психического здоровья на основе соблюдения права на здоровье и обеспечить активное и осознанное участие всех соответствующих заинтересованных сторон, включая психически больных лиц, в процессе принятия решений;

b) значительно увеличить бюджетные ассигнования на оказание психической помощи, а также выделять более весомую долю средств и ресурсов психиатрической помощи для существующих в общинах учреждений и услуг по ее оказанию;

c) обеспечить лечебные учреждения и услуги на уровне общин для лиц, страдающих психическими расстройствами, в соответствии с международными медицинскими и правозащитными нормами;

d) улучшить санитарно-гигиенические условия пребывания в психиатрических учреждениях и устранить существующие недостатки в материально-технической базе;

e) разработать государственную закупочную и ценовую политику для обеспечения наличия и доступности безопасных, действенных и недорогих лекарственных препаратов для психически больных лиц;

f) предусмотреть стимулы для медицинских работников, чтобы те продолжали свою трудовую деятельность в сфере охраны психического здоровья, особенно в сельских и отдаленных районах, включая значительное увеличение окладов специалистов в области психического здоровья;

g) расширить научно обоснованную подготовку по вопросам психического здоровья в учебных заведениях, особенно для психологов и психосоциальных работников;

h) создать механизмы по расследованию сообщений о злоупотреблениях, совершаемых по отношению к психически больным лицам в психиатрических учреждениях, принять меры для недопущения таких злоупотреблений, а также обеспечивать привлечение к ответственности по закону лиц, виновных в совершении таких злоупотреблений;

i) провести информационно-просветительские кампании среди населения по вопросам устранения стигматизации и дискриминации психически больных лиц;

j) укрепить режим защиты права на конфиденциальность личных медицинских данных психически больных лиц;

k) пересмотреть систему регистрации психически больных лиц с целью проведения оценки ее воздействия на права таких лиц;

l) обеспечить получение осознанного согласия всех психически больных лиц до их госпитализации или применения соответствующего лечения;

m) разработать всеобъемлющую систему реагирования на насилие в семье, в том числе посредством осуществления на уровне общин программ по предоставлению женщинам, особенно в сельских и отдаленных районах, консультаций и услуг по оказанию поддержки, обеспечивая соблюдение их права на конфиденциальность. Такие программы должны также предусматривать подготовку врачей и других медицинских работников по вопросам насилия в семье и надлежащего обращения с жертвами такого насилия.
