

Вводная информация



Реабилитация на уровне общины Руководство по РУО



Всемирная организация
здравоохранения



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Community-based rehabilitation: CBR guidelines.

1. Rehabilitation. 2. Disabled persons. 3. Community health services. 4. Health policy. 5. Human rights. 6. Social justice. 7. Consumer participation. 8. Guidelines. I. World Health Organization. II. UNESCO. III. International Labour Organisation. IV. International Disability Development Consortium.

ISBN 978 92 4 154805 2

(NLM classification: WB 320)

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть приобретены в WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Запросы о разрешении на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – для продажи или некоммерческого распространения – следует направлять в WHO Press по вышеуказанному адресу (факс: +41 22 791 4806; адрес электронной почты: permissions@who.int).

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Дизайн и верстка: Inis Communication – www.iniscommunication.com

Отпечатано на Мальте

На пути к

**ИНКЛЮЗИВНОМУ РАЗВИТИЮ
на уровне общины**

Главные редакторы: Chapal Khasnabis и Karen Heinicke Motsch.

Консультативная группа: Philippe Chervin, Mike Davies, Sepp Heim, Einar Helander, Etienne Krug, Padmani Mendis, Federico Montero, Barbara Murray, Alana Officer, Enrico Pupulin, William Rowland.

Редакционная группа и ведущие авторы: Kamala Achu, Kathy Al Jubah, Svein Brodtkorb, Philippe Chervin, Peter Coleridge, Mike Davies, Sunil Deepak, Kenneth Eklindh, Ann Goerd, Cindy Greer, Karen Heinicke-Motsch, Derek Hooper, Venus B Ilagan, Natalie Jessup, Chapal Khasnabis, Diane Mulligan, Barbara Murray, Alana Officer, Francesca Ortali, Bob Ransom, Aline Robert, Sue Stubbs, Maya Thomas, Venkatesh Balakrishna, Roselyn Wabuge-Mwangi.

Технические редакторы: Nina Mattock и Teresa Lander.

Дизайн и верстка: Inís Communication.

Художник-иллюстратор: Regina Doyle.

Финансовая поддержка: Правительство Италии, Агентство США по международному развитию США (АМР США), Правительство Швеции, Правительство Соединенного Королевства, Международная организация труда (МОТ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), CBM, Sightsavers, AIFO и «Свет для мира».

Административная поддержка: Rachel MacKenzie.

Руководство по РУО

Вводная информация

Содержание

Предисловие	1
Выражение признательности	3
О «Руководстве по РУО»	9
Введение	13
Управление	31
Приложение. Примеры структур управления программами РУО	67

Предисловие

Программа реабилитации на уровне общины (РУО) была инициирована Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1978 г. после принятия Алма-Атинской декларации. Она рассматривалась как стратегия улучшения доступа инвалидов к услугам по реабилитации в странах с низким и средним доходом, обеспечивающая оптимальное использование местных ресурсов. За последние 30 лет благодаря сотрудничеству с учреждениями ООН, неправительственными организациями и организациями инвалидов РУО превратилась в многосекторальную стратегию, которая направлена на удовлетворение более широких потребностей инвалидов и обеспечивает им участие в жизни общества, инклюзию и повышение качества жизни.

В течение последних пяти лет стороны, заинтересованные в осуществлении РУО, совместно работали над подготовкой данного «Руководства по РУО», которое опирается на основные рекомендации, принятые в 2003 г. в Хельсинки Международной консультацией по рассмотрению вопросов, связанных с реабилитацией в общине, а также содержащиеся в документе 2004 г. о совместной позиции Международной организации труда (МОТ), Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и ВОЗ в отношении РУО. В настоящем «Руководстве» РУО рассматривается как стратегия, которая может способствовать осуществлению Конвенции о правах инвалидов и внедрению национальных законодательств, охватывающих вопросы инвалидности, и которая может оказать поддержку инклюзивному развитию на уровне общины.

В «Руководстве» содержатся практические советы менеджерам РУО и другим специалистам о том, как разрабатывать или укреплять программы РУО, а также о том, как гарантировать инвалидам и членам их семей доступ к здравоохранению, образованию, самообеспечению и социальному сектору. Особый акцент сделан на расширении прав и возможностей инвалидов, членов их семей и общин путем облегчения их инклюзии и участия во всех процессах развития и принятия решений. Кроме того, в «Руководстве» подчеркивается необходимость оценки программ РУО, а также проведения дальнейших исследований, посвященных анализу результативности и экономической эффективности РУО в различных условиях.

Разработку этого документа осуществляли в тесном сотрудничестве ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО и Международный консорциум по вопросам инвалидности и развития (МКИР), особенно члены целевой группы по РУО – CBM, Handicap International, Итальянская ассоциация «Amici di Raoul Follereau» (AIFO), «Свет миру», Норвежская ассоциация инвалидов и организация Sightsavers. Кроме того, в работе участвовали более 180 специалистов и около 300 организаций, преимущественно из стран мира с низким доходом. Мы выражаем им всем нашу искреннюю благодарность за ценный вклад и поддержку.

Доктор Али Алван,
Помощник Генерального директора
по инфекционным болезням и охране психического здоровья
Всемирная организация здравоохранения

Выражение признательности

Сотрудники

Alireza Ahmadiyeh, Suman Ahmed, Anupam Ahuja, Flavia Ester Anau, Marta Aoki, Shitaye Astawes, Luis Fernando Astorga, Ruma Banerjee, Angelo Barbato, Alcida Pérez Barrios, Denise Dias Barros, Mary Basinda, Raymann Beatriz, Beverly Beckles, Herve Bernard, Josse M. Bertolote, Francoise Boivon, Johan Borg, Wim Van Brakel, Vianney Briand, Ron Brouillette, Lissen Bruce, Jill Van den Brule, Stéphanie Lucien Brun, Cesar Campoverde, Joan Carey, Lorenzo Carraro, Blanca Castro, Mahesh Chandrasekhar, Gautam Chaudhury, Park Chul-Woo, Denis Compingt, Huib Cornielji, Enriquer Coronel, Hannah Corps, Ajit Dalal, Tulika Das, Nan Dengkun, Bishnu Maya Dhungana, Pascal Dreyer, Servious Dube, Marcia Dugan, Livia Elvira Enriquez, Daniel Essy Etya'Ale, Amy Farkas, Harry Finkenflugel, Jonathan Flower, Ruiz Alix Solangel Garcia, Rita Giacaman, Susan Girois, Aloka Guha, Ghada Harami, Sally Hartley, Piet Van Hasselt, Sanae Hayashi, Damien Hazard, Els Heijnen, Sepp Heim, Emma Howell, Patrick Hubert, Shaya A.Ibrahim, Djenena Jalovcic, N. Janardhan, Ivo de Jesus, Zhang Jinming, Donatila Kanyamba, Anita Keller, Jahurul Alam Khandaker, Charles Kilibo, Kalle Konkola, Pim Kuipers, Emmanuel Laerte, Silva Latis, Chris Lavy, Soo Choo Lee, Tirza Leibowitz, Anne Leymat, Yan Lin, Johan Lindeberg, Anna Lindström, Graziella Lippolis, Betty MacDonald, Geraldine Maison-Halls, M.N.G. Mani, Steve Mannion, Enzo Martinelli, Gloria Martinez, Phitalis Were Masakhwe, Roy Mersland, Rajanayakam Mohanraj, Ashis K.Mukherjee, Roselyn Mwangi-Wabuge, James Mwesigye, Margaret Naegeli, D.M. Naidu, Alex Ndeezi, Alice Nganwa, Tran Thi Nhieu, Stela Maris Nicolau, Henry Mwizegwa Nyamubi, Lawrence Ofori-Addo, Joan Okune, Fatima Corrêa Oliver, Francesca Ortali, Parvin Ortogol, Djibril Ouedreagou, R. Pararajasegaram, Istvan Patkai, Carole Patterson, Akhil S.Paul, Norgrove Penny, Hernan SOTO Peral, Debra Perry, Katharina Pfortner, Eric Plantier, Fiona Post, Grant Preston, Bhushan Punani, Sheila Purves Nandini Rawal, Eladio Recabarren, Chen Reis, Ramin Rezaei, Aline Robert, Silvia Rodriguez, Desire Roman, Gonna Rota, Theresa Rouger, Johannes Sannesmoen, Mary Scott, Alaa Sebeh, Tom Shakespeare, Albina Shankar, Valerie Sherrer, Andrew Smith, Sian Tesni, Ongolo Thomas, Florence Thune, Heinz Trebbin, Daniel Tsengu, Veronica Umeasiegbu, Claudie Ung, Isabelle Urseau, Geert Vanneste, Johan Veelma, Rens Verstappen, John Victor, Mary Kennedy Wambui, Sheila Warenbourg, Patrick Wasukira, Terje Watterdal, Marc Wetz, Mary Wickenden, Hu Xiangyang, Miguel Yaber, Veda Zachariah, Daniel Zappala, Tizun Zhao и Tuling Zhu.

Рецензенты

Kamala Achu, Rosangela Berman-Bieler, Roma Bhattacharjea, Dan Blocka, Jean-Luc Bories, Wim Van Brakel, Matthias Braubach, Svein Brodtkorb, Rudi Coninx, Huib Cornielji, Kenneth Eklindh, Gaspar Fajth, Hetty Fransen, Beth Fuller, Cristina Gallegos, Donna Goodman, Demet Gulaldi, Praveena Gunaratnam, Sally Hartley, Sanae Hayashi, Sayed

Jaffar Hussain, Djenana Jalovic, Aboubacar Kampo, Etienne Krug, Garren Lumpkin, Chewe Luo, Charlotte McClain-Nhlapo, Asish Kumar Mukherjee, Barbara Murray, Brenda Myers, Kozue Kay Nagata, Alice Nganwa, Kicki Nordström, Alana Officer, Hisashi Ogawa, Malcolm Peat, Louise A. Plouffe, Fiona Post, Francesca Racioppi, Pia Rockhold, Hala Sakr, Chamaiparn Santikarn, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Helen Schulte, Kit Sinclair, Joe Ubiedo, Nurper Ulkuer, Armando Vasquez и Alexandra Yuster.

Местные рецензенты

БАНГЛАДЕШ

Centre for Disability in Development (CDD) и National Forum of Organizations Working with the Disabled (NFOWD).

БУРКИНА-ФАСО

Centre Ophthalmologique de Zorgho и Community-based Rehabilitation programme (RBC) of Ouargaye & Garnago.

КАМБОДЖА

Cambodian Development Mission for Disability (CDMD) и National Centre of Disabled Persons.

КИТАЙ

Anhui University Hospital, Beijing University 1st Hospital, China Association of Rehabilitation Medicine, China Disabled Persons' Federation, China Disabled Persons' Federation (Social Service Guidance Centre), China Rehabilitation Research Centre, Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation, Disabled Persons' Federation – Dong Guan City, Disabled Persons' Federation – Guangdong Province, Disabled Persons' Federation – Hubei Province, Disabled Persons' Federation – Nan Pi County, Disabled Persons' Federation – Shun De District, Disabled Persons' Federation – Wuhan City, Disabled Persons' Federation Rehabilitation Association – Guangdong Province, Disabled Persons' Federation Rehabilitation Centre – Guangdong Province, Disabled Persons Service Centre – Shenzhen, Disabled Persons Service Centre – Shun De District, Fudan University – Huashan Hospital, Guangdong Rehabilitation Medical Association, Guangdong Worker's Rehabilitation Centre, Guangzhou Likang Family Resource Centre, Guangzhou Shi Jia Zuang City 1st Hospital, Hua Zhong University of Science & Technology, Jiang Men City North Street Community Health Centre, Kumming Medical College 2nd Hospital, Nan Pi, Jin Ya Village, Nan Pi, Yu Shan Te Village, Save the Children – UK, Shenzhen 2nd People's Hospital, Shenzhen 9th People's Hospital, Shenzhen City Resource Centre for Assistive Technology for People with Physical Disabilities, WHO Collaborating Centre for Rehabilitation – The Hong Kong Society for Rehabilitation, WHO Collaborating Centre for Rehabilitation – Sun Yat-Sen University of Medical Sciences, WHO Collaborating Centre for Training and Research in Rehabilitation – Tongji Hospital,

Xianning Public Health School, Zhejiang Provincial Hospital и Zhong Shan University 3rd Hospital.

ЕГИПЕТ

Support, Education, Training and Integration Centre – Cairo.

ЭФИОПИЯ

Arba Minch Rehabilitation Center, CBM Ethiopia, CBR Network Ethiopia, Cheshire Foundation Ethiopia – Addis Ababa, Cheshire Foundation Ethiopia – Jimma, Cheshire Services – Dire Dawa, Cheshire Services – Harar, Cheshire Services Ethiopia, Ethiopian National Association for the Deaf, Ethiopian National Disability Action Network, Fiche (CBR), Gondar University (CBR), Gondar University (Physiotherapy department), Helpers of Mary, Sako (CBR), Medical Missionaries of Mary, Ministry of Education, Ministry of Health, National Association of Mentally Retarded Children and Youth, Nekemtie (CBR), RAPID (CBR), Rapid Adama (CBR) и Rehabilitation Services for the Deaf.

ГАНА

Action on Disability and Development (ADD), Agona District Assembly, Bawku Hospital (audiology, physiotherapy and orthopaedic units), Department of Social Welfare, Department of Social Welfare – Agona District, Department of Social Welfare – Volta Region, Department of Social Welfare – Winneba, District Assembly of Nkwanta, Swedru District Health Administration, Echoing Hills, Garu CBR, Ghana Association of the Blind – Ga-Adangme, Ghana Association of the Blind (GAB), Ghana Education Service (GES), Ghana Federation of the Disabled, Ghana National Association of the Deaf, Ghana Society for the Blind – Brong Ahafo Region, Ghana Society for the Blind (GSB), Krachi CBR Project, Ministry of Education, National Commission on Civic Education, Parents and Families of the Disabled, Presbyterian CBR – Garu, Salvation Army – Dunkwa, Salvation Army – Begoro, Salvation Army (Community Rehabilitation Project), Salvation Army (Integrated School for the Deaf), Salvation Army (Medical and Social Services) – Accra, Sandema Community Based Rehabilitation Programme – Upper West Region, Sightsavers – country office, Sightsavers – Karachi, Sightsavers – Nkwanta, Swedru District Planning Officer, traditional and religious leaders of Duakwa и University of Education – Winneba.

ГАЙАНА

Caribbean Council for the Blind, Guyana Community Based Rehabilitation Programme, Ministry of Health, National Commission on Disability и Support Group for the Deaf.

ИНДИЯ

Aaina, Action on Disability and Development – India, AIFO India, Basic Needs India, Blind People's Association – India, CBM, CBR Forum, CBR Network – Bangalore, Cheshire Homes India – Coorg, Human Rights Law Network, Leonard Cheshire International, Leonard Cheshire International – Bangalore, Ministry of Human Resource Development, Ministry

of Social Justice and Empowerment, Mobility India, Movement for Rural Emancipation, Narendra Foundation, Office of the State Commissioner for Persons with Disabilities, Pallium India, Postgraduate Institute of Medical Education and Research – Chandigarh, Rehabilitation Council of India, Rohilkhand University (Institute of Advanced Studies in Education), Saha Foundation, Sense International – India, SEVA in Action, Shree Ramana Maharishi Academy for the Blind, Spastic Society of Karnataka, Spastic Society of Tamil Nadu, The Association of People with Disability и Viklang Kendra.

ИНДОНЕЗИЯ

CBR Development and Training Centre (CBR-DTC) и CBR South Sulawesi Province.

КЕНИЯ

Association for the Physically Disabled in Kenya, Kenya National Association of the Deaf, Kenya Medical Training College, Kenya Society for the Blind, Kenya Union for the Blind, Leonard Cheshire Disability – East and North African Regional Office (ENAR), Little Rock ECD, Ministry of Health, Sense International – East Africa and Voluntary Service Overseas (VSO) – Kenya.

ЛАОССКАЯ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Handicap International Belgium – страновой офис.

ЛИВАН

Arc En Ciel, Community Based Rehabilitation Association, Diakonia, General Union of Palestinian Women, Medical Aid for Palestinians, Nahda Association, Norwegian People's Aid, Save the Children – Sweden и The Norwegian Association of Disabled.

МАЛАВИ

Federation of Disability Organizations in Malawi (FEDOMA), Feed the Children Malawi, Malawi Council for the Handicapped (Secretariat of the National CBR Programme for Malawi), Ministry of Education Science and Technology, Ministry of Gender and Child Development, Ministry of Health и Ministry of Labour.

МЕКСИКА

Pina Palmera.

МОНГОЛИЯ

AIFO – страновой офис, Mongolia CBR Program and National Rehabilitation Center of Mongolia, Национальная программа РУО.

МЬЯНМА

World Vision International – страновой офис.

НИКАРАГУА

Juigalpa CBR Project.

ПАЛЕСТИНА

Al-Noor Center, Al-Wafa Charitable Society, Al-Wafa Hospital, Al-Widad Society, Atflaluna Society for Deaf Children, Baituna Society, Bethlehem Arab Society for Rehabilitation, Birzeit University (Institute of Community and Public Health), CBR Program – Central West Bank, CBR Program – North West Bank, CBR Program – South West Bank, Community College, Diakonia and The Norwegian Association of Disabled, Gaza Community Mental Health Program, General Union of Disabled Palestinians, International Deaf Club, Hebron Islamic Relief, Jabalya Society, Jerusalem Rehabilitation Society, Media Institute, Medical Aid for Palestinians – UK, Ministry of Education and Higher Education (Special Education Department), Ministry of Health (Crisis Management Department), Ministry of Local Government, Ministry of Social Affairs, Ministry of Youth and Sports, National Center for Community Rehabilitation, National Society for Rehabilitation – Gaza, Palestinian Commission for the Rights of the Disabled, Palestinian Medical Relief Society, Palestinian Nunchaku Union, Physicians Without Frontiers, Radio A-Iradah (The Voice of the Disabled), Red Crescent Society, Right to Life Society, Save the Children – Palestine, Shams Center for Disability Care, Society for the Physically Handicapped, Sports Union for the Disabled, Stars of Hope Society, UNICEF, United Nations Relief and Works Agency (rehabilitation programme), ВОЗ и Wifaq Society for Relief and Development.

ПАПУА – НОВАЯ ГВИНЕЯ

Callan Services for Disabled Persons.

ФИЛИППИНЫ

CBM (CBR Coordination Office), Simon of Cyrene Children's Rehabilitation and Development Foundation, University of the Philippines and Philippines General Hospital (Department of Rehabilitation).

ЮЖНАЯ АФРИКА

Cheshire Homes South Africa, JICA (Japan International Cooperation Agency) – South Africa Office, Leonard Cheshire Disability – South African Regional Office (SARO) и South African Non Government Organizations Network.

ТАИЛАНД

Asia–Pacific Development Center on Disability (APCD), Handicap International – Thailand, ILO Regional Office – Thailand, Khon Kaen University (Faculty of Associated Medical Sciences), National Medical Rehabilitation Center (Ministry of Public Health) и National Office for Empowerment of Persons with Disabilities.

УГАНДА

Action on Disability and Development – Uganda, Busia District CBR Programme, CBM, CBR Africa Network, Community Based Rehabilitation Alliance, German Leprosy Relief Association, GOAL Uganda, Kyambogo University, Leonard Cheshire Disability – Uganda, Luzira Senior Secondary School, Mental Health Uganda, Ministry of Health, Ministry of Education and Sports, Ministry of Gender, Labour and Social Development, National Association of the Deafblind in Uganda, National Union of Disabled Persons of Uganda, Sense International, Sightsavers International – Uganda, The AIDS Support Organizations, Uganda National Association of the Deaf, Uganda Foundation for the Blind и Uganda Society for Disabled Children.

ВЬЕТНАМ

CBM, Danang Rehabilitation and Sanatorium Hospital, Bach Mai Hospital (rehabilitation unit), Medical Committee Netherlands – Viet Nam и World Vision International – Viet Nam.

ЗИМБАБВЕ

African Rehabilitation Institute, Cheshire Foundation, Clinical Research Unit, Epilepsy Support Foundation, Ministry of Health, National Association of Societies for the Care of the Handicapped, National Council of Disabled People in Zimbabwe, University of Zimbabwe, WHO и Zimbabwe Open University.

О «Руководстве по РУО»

Предварительная информация о «Руководстве»

По оценкам, инвалидами являются не менее 10% населения мира (1). Большинство этих людей проживают в развивающихся странах в условиях бедности. Инвалиды относятся к числу самых уязвимых групп населения и обладают наименее широкими правами и возможностями. Очень часто они сталкиваются со стигмацией и дискриминацией. Инвалиды имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию, образованию и источникам средств к существованию.

Программа реабилитации на уровне общины (РУО) была впервые инициирована Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) после проведения в 1978 г. Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи и принятия на ней Алма-Атинской декларации (2). РУО рассматривалась как стратегия улучшения доступа инвалидов в развивающихся странах к услугам по реабилитации. Однако за последующие 30 лет ее масштабы значительно расширились.

В 2003 г. на состоявшейся в Хельсинки Международной консультации по рассмотрению вопросов, связанных с реабилитацией в общине, был принят ряд ключевых рекомендаций (3). Позднее в документе о совместной позиции Международной организации труда (МОТ), Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и ВОЗ было дано новое определение РУО как стратегии, осуществляемой в общих рамках развития общины и направленной на реабилитацию, создание равных возможностей, ликвидацию бедности и социальную инклюзию инвалидов (4). А в 2005 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию 58.23 (5) по предупреждению и реабилитации инвалидности, которая призвала государства-члены «развивать и укреплять программы реабилитации на базе общины...»

В настоящее время РУО осуществляется более чем в 90 странах. Настоящее «Руководство» дает ответ на многие вопросы, которые задают стороны, заинтересованные во внедрении РУО, в странах мира о том, в каком направлении следует развивать программы РУО в свете упомянутых тенденций. Кроме того, на основе 30-летнего опыта в «Руководстве» предлагаются общее понимание и концепция РУО; в нем обобщается всё, что сегодня известно об опыте применения РУО в мире, и представлена новая рамочная структура действий, а также даны практические советы по ее внедрению. Большое влияние на «Руководство» оказали Конвенция о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней (6), принятые в период подготовки «Руководства».

Общие цели «Руководства»

- Предоставить руководящие указания по разработке и укреплению программ РУО в соответствии с Документом о совместной позиции в отношении РУО и Конвенцией о правах инвалидов.
- Содействовать распространению РУО как стратегии инклюзивного развития на уровне общины, чтобы содействовать включению вопросов инвалидности в инициативы в области развития, в частности, по сокращению бедности.
- Оказать поддержку сторонам, заинтересованным во внедрении РУО, в удовлетворении основных потребностей и повышении качества жизни инвалидов и их семей путем облегчения доступа к секторам здравоохранения, образования, самообеспечения, а также к социальному сектору.
- Побудить стороны, заинтересованные во внедрении РУО, расширять права и возможности инвалидов и их семей путем обеспечения их инклюзии и участия в процессах развития и принятия решений.

Целевая аудитория «Руководства»

Первичную аудиторию «Руководства по РУО» составляют:

- менеджеры РУО.

Вторичную аудиторию «Руководства по РУО» составляют:

- персонал РУО;
- работники системы первичной медико-санитарной помощи, школьные учителя, социальные работники и другой общинный персонал, занимающийся вопросами развития общин;
- инвалиды и члены их семей;
- организации инвалидов и группы самопомощи;
- государственные чиновники, занимающиеся осуществлением программ для инвалидов, особенно сотрудники местных органов власти и местные лидеры;
- сотрудники организаций по вопросам развития, неправительственных и некоммерческих организаций;
- ученые и специалисты высших учебных заведений.

Масштаб «Руководства»

Основная задача «Руководства» состоит в том, чтобы дать общее представление о ключевых концепциях, определить цели и результаты, на обеспечение которых должны быть направлены программы РУО, и предложить меры по их достижению. «Руководство» не носит директивного характера: оно не предназначено для того, чтобы давать ответ на конкретные вопросы, касающиеся какого-либо конкретного нарушения, предлагать рекомендации по осуществлению медицинских (технических) вмешательств или служить поэтапной инструкцией по разработке и реализации программы.

«Руководство» представлено в виде семи отдельных брошюр:

- **Компонент 1.** Вводная информация. Дает общее представление о проблеме инвалидности, о Конвенции о правах инвалидов, разработке программ РУО и матрице РУО. В главе «Управление» кратко рассматривается цикл управления применительно к разработке и укреплению программ РУО.
- **Компоненты 2–6.** В каждой брошюре рассматривается один из пяти элементов матрицы РУО (здоровье, образование, самообеспечение, социальные вопросы и расширение прав и возможностей).
- **Компонент 7.** Дополнительный буклет. Охватывает четыре отдельные темы: психическое здоровье, ВИЧ/СПИД, лепра и гуманитарные кризисы, которым в прошлом не уделялось внимание в программах РУО.

Процесс разработки «Руководства»

В ноябре 2004 г. МОТ, ЮНЕСКО и ВОЗ пригласили 65 экспертов в области инвалидности, развития и РУО принять участие в совещании с целью инициирования разработки «Руководства». Группа включала в себя пионеров РУО и специалистов-практиков, лиц, имеющих опыт инвалидности, представителей учреждений ООН, государств-членов, ведущих международных НПО, ассоциаций инвалидов, профессиональных организаций и др. Результатом совещания стала выработка проекта Матрицы РУО, в которой определялись масштаб и структура документа.

Последующая работа проходила под руководством Консультативного комитета и Основной группы. Чтобы «Руководство» отражало современную передовую практику и использовало знания, накопленные за 30 лет осуществления сотен программ РУО во всем мире, Основная группа избрала инклюзивный, широкомасштабный и в высшей степени партисипативный творческий процесс, который обеспечивал представительство стран с низким доходом, женщин и инвалидов. Для каждого раздела было выбрано не менее двух авторов, которые затем в сотрудничестве с другими экспертами со всего мира работали над проектом документа. В целом в подготовку «Руководства» внесли вклад свыше 150 чел.

Содержание «Руководства» опирается на широкий круг опубликованных и неопубликованных источников, которые описывают передовую практику международного и общинного развития, непосредственно применимы к условиям стран с низким доходом и легко доступны для заинтересованных лиц в этих странах. В документ включены также описания конкретных ситуаций, представленные сторонами, внедряющими программы РУО, которые иллюстрируют изложенные положения. Поскольку важную часть доказательной базы РУО составляет личный опыт инвалидов, в «Руководство» также включено большое число рассказов, взятых непосредственно из жизни, которые подтверждают значение и практическую полезность концепций РУО.

Проект документа прошел широкую валидацию на местах в 29 странах, представляющих все регионы ВОЗ. В общей сложности свыше 300 лиц и организаций, участвующих во внедрении программ РУО, выступили с замечаниями и предложениями по проекту «Руководства». На основе этого проект документа был доработан Основной группой, а затем направлен на рецензию группе экспертов в области РУО, инвалидам, учреждениям системы ООН и специалистам научно-исследовательских и образовательных организаций, после чего был вновь доработан Основной группой.

«Руководство» было одобрено для публикации 19 мая 2010 г. Предполагается, что текст будет иметь силу до 2020 г., после чего Департаментом ВОЗ «Предупреждение травматизма и насилия и инвалидность» в штаб-квартире ВОЗ в Женеве будет инициирована его доработка.

Примечания

1. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf, accessed 10 August 2010).
2. *Алма-Атинская декларация. Международная конференция по медико-санитарной помощи. Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.* (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, дата доступа: 28 марта 2012 г.)
3. *International consultation to review community-based rehabilitation (CBR)*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf, accessed 10 August 2010).
4. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 10 August 2010).
5. Резолюция WHA58.23. *Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию*. Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 25 мая 2005 г. (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-ru.pdf, дата доступа: 28 марта 2012 г.)
6. *Конвенция о правах инвалидов*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2006. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, дата доступа: 28 марта 2012 г.)

Введение

Инвалидность

Эволюция концепции

Чтобы понять, как рассматривается инвалидность сегодня, полезно проследить, как концепция инвалидности эволюционировала с течением времени. Исторически инвалидность в значительной мере понималась в мифологических или религиозных категориях, т. е. люди с различными видами инвалидности воспринимались как одержимые дьяволами или духами; кроме того, инвалидность часто рассматривалась как наказание за неправильное поведение в прошлом. Эти взгляды по-прежнему присутствуют во многих традиционных обществах.

В XIX и XX вв. прогресс науки и медицинской практики помог выработать понимание, согласно которому инвалидность имеет биологическую и медицинскую основу, а нарушения функционирования и структуры тела связаны с различными медицинскими состояниями. Эта медицинская модель рассматривает инвалидность как личную проблему и сосредоточена в первую очередь на излечении и предоставлении медицинской помощи специалистами.

Позже, в 1960-х и 1970-х гг. личностная и медицинская трактовка инвалидности была оспорена, и выработан ряд социальных подходов, т. е. социальная модель инвалидности. Эти подходы переносили внимание с медицинских аспектов инвалидности и вместо этого фокусировались на социальных барьерах и дискриминации по отношению к инвалидам. Инвалидность получила новое определение как общественная, а не личная проблема, и применяемые организационные решения сфокусировались на устранении барьеров и социальных переменах, а не просто на излечении больного.

Ведущую роль в этом изменении понимания инвалидности сыграло движение инвалидов, которое началось в конце 1960-х гг. в Северной Америке и Европе и с тех пор распространилось по всему миру. Символом влияния, оказанного этим движением, может служить хорошо известный лозунг: «Ничего о нас без нас». Основное внимание организаций инвалидов сосредоточено на обеспечении полноценного участия в жизни общества и достижении равенства возможностей для инвалидов, силами инвалидов и при их непосредственном содействии. Эти организации сыграли ключевую роль в разработке «Конвенции о правах инвалидов» (1), которая знаменует собой поворот к правозащитной модели инвалидности.



Расширение прав и возможностей людей путем укрепления сотрудничества

В 1992 г. правительство Исламской Республики Иран начало осуществление в двух районах страны экспериментальной программы реабилитации на уровне общин (РУО). Программа оказалась успешной и в 1994 г. была распространена еще на шесть районов в шести провинциях. К 2006 г. программа охватывала уже все 30 провинций страны. Управление РУО в масштабах страны поручено Организации по социальному обеспечению, подчиняющейся Министерству социального обеспечения. В осуществлении программы участвуют свыше 6 тыс. чел., включая работников на уровне общин, персонал РУО среднего звена, врачей, экспертов и менеджеров РУО.

Задача национальной программы РУО состоит в том, чтобы «расширять права и возможности инвалидов, членов их семей и общин, независимо от цвета и оттенка кожи, верований, религиозных убеждений, пола, возраста, вида и причины инвалидности, путем повышения информированности, содействия инклюзии, сокращения бедности, устранения стигматизации, удовлетворения основных потребностей и облегчения доступа к здравоохранению, образованию и возможностям самообеспечения».

Программа децентрализована до уровня общины, и большинство мероприятий в области РУО осуществляются «поселковыми центрами РУО». Эти центры работают в тесном сотрудничестве с учреждениями по оказанию первичной медицинской помощи, к числу которых относятся «деревенские дома здоровья» в сельских районах и медпункты в городских районах. Медицинский персонал в этих учреждениях проходит обучение в течение одной-двух недель, которое позволяет получить представление о стратегии и национальной программе РУО и дает возможность выявлять людей с инвалидностью и направлять их в ближайший городской центр РУО.

Основные мероприятия программы РУО включают в себя:

- обучение членов семей и членов общин по проблемам инвалидности и РУО на основе учебного пособия ВОЗ–РУО;
- оказание содействия в области образования и организация инклюзивного обучения путем формирования потенциала с участием преподавательского состава и учащихся, а также путем облегчения физического доступа;
- направление инвалидов к специалистам, т. е. в учреждения по оказанию хирургических и реабилитационных услуг, где имеются физиотерапевты, логопеды и профпатологи;
- предоставление вспомогательных приспособлений, в том числе тростей для ходьбы, костылей, инвалидных кресел-колясок, слуховых аппаратов, очков;
- создание возможностей в области занятости путем предоставления доступа к обучению, трудовому наставничеству и финансовой поддержке деятельности, направленной на получение дохода;
- оказание помощи в осуществлении социальной деятельности, в том числе отдыха и занятий спортом;
- предоставление финансовой поддержки для жизни, образования и изменения домашней среды.

С 1992 г. в рамках национальной программы РУО получили поддержку более 229 тыс. инвалидов. В настоящее время программой охвачены 51% сельских районов. Завершить охват всех деревень предполагалось в 2011 г. В целях улучшения сотрудничества между всеми секторами развития, а также для обеспечения успешного продвижения Ирана по пути осуществления программы РУО в стране созданы советы по РУО.

Современные определения

Существует много разных определений инвалидности, сформулированных с различных точек зрения, упомянутых выше. Большинство новейших определений инвалидности восходят:

- к Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ), где говорится, что инвалидность представляет собой «зонтичный термин для обозначения нарушений, ограничений деятельности или ограничений участия» (2), которые являются следствием взаимодействия между человеком, страдающим тем или иным медицинским состоянием, с одной стороны, и средовыми (напр., физической средой, социально-психологическими установками) и личными факторами (напр., возрастом или полом), с другой;
- к Конвенции о правах инвалидов, где говорится, что инвалидность – это эволюционирующее понятие и «является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» (1).

Жизненный опыт в области инвалидности чрезвычайно разнообразен. Существуют различные виды нарушений здоровья, и люди по-разному испытывают их воздействие. Некоторые люди имеют только одно нарушение, другие – несколько; одни люди рождаются с нарушением, в то время как другие могут приобрести нарушение в течение жизни. Например, ребенок, родившийся с врожденным заболеванием, таким как церебральный паралич, молодой солдат, потерявший ногу при взрыве наземной мины, женщина средних лет, которая теряет зрение в результате развития диабета, и пожилой человек, страдающий старческим слабоумием, – все эти люди могут быть названы инвалидами. Согласно Конвенции о правах инвалидов, «к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями...»

Глобальные тенденции

С глобальной точки зрения к числу наиболее распространенных причин инвалидности относятся: хронические болезни (напр., диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак), травмы (напр., в результате дорожно-транспортных происшествий, конфликтов, падений с высоты и наземных мин); проблемы психического здоровья; врожденные пороки; неудовлетворительное питание; а также ВИЧ/СПИД и другие инфекционные болезни (3). Очень трудно точно оценить общее число людей, живущих с инвалидностью; тем не менее это число возрастает в результате воздействия таких факторов, как увеличение численности населения, рост заболеваемости хроническими болезнями; старение населения и прогресс медицины, который сохраняет и продлевает жизнь (3). Многие страны с низким и средним доходом испытывают двойное бремя, т. е. нуждаются в принятии мер по решению не только традиционных проблем, таких как недостаточное питание и инфекционные болезни, но и новых проблем, таких как хронические заболевания

Мировая статистика об инвалидах

- Почти 10% населения мира – это люди, живущие с инвалидностью (4).
- Инвалиды составляют крупнейшее меньшинство мира (5).
- По оценкам, 80% инвалидов проживают в развивающихся странах (5).
- По оценкам, 15–20% беднейших людей планеты являются инвалидами (6).
- Реабилитационные службы для инвалидов имеются в 62 странах (7).
- В развивающихся странах лишь 5–15% инвалидов имеют доступ к вспомогательным приспособлениям (8).
- Вероятность посещения школы у детей с инвалидностью гораздо ниже, чем у других детей. Так, в Малави и Республике Танзания вероятность того, что дети никогда не будут посещать школу, возрастает вдвое, если дети имеют инвалидность (9)
- Среди инвалидов уровень безработицы выше, а заработная плата ниже, чем среди не инвалидов (10).

Развитие

Бедность и инвалидность

Бедность имеет много аспектов: это нечто большее, чем просто отсутствие денег или доходов. «Бедность разъедает или сводит к нулю такие экономические и социальные права, как право на здоровье, на адекватное жилище, пищу и чистую воду, а также право на образование. То же относится к гражданским и политическим правам, таким как право на беспристрастный суд, участие в управлении страной и личную неприкосновенность...» (11).

«Всякий раз, когда мы вырываем человека из бедности, мы защищаем права человека. И всякий раз, когда нам это не удается, мы нарушаем права человека».

—Кофи Аннан, бывший Генеральный секретарь ООН

Бедность – это и причина, и следствие инвалидности (12): бедняки с большей вероятностью могут стать инвалидами, а инвалиды чаще становятся бедняками. Хотя не все инвалиды бедны, в странах с низким доходом они составляют непропорционально высокий процент беднейшего населения. Их часто игнорируют, они подвергаются дискриминации, их отстраняют от участия в основных инициативах в области развития, и они с трудом получают доступ к здравоохранению, образованию, жилью и возможностям самообеспечения. Это приводит к обнищанию или хронической бедности, изоляции и даже преждевременной смерти. Развитию циклической бедности у многих инвалидов способствует также высокая стоимость лечения, физической реабилитации и вспомогательных приспособлений.

Обращение к проблеме инвалидности – конкретный этап на пути уменьшения риска бедности в любой стране. В то же время обращение к проблеме бедности способствует сокращению инвалидности. Таким образом, для достижения более высокого качества жизни инвалидов бедность должна быть ликвидирована. Отсюда

одной из главных целей любой программы реабилитации на уровне общины (РУО) должно быть сокращение нищеты путем обеспечения доступности медобслуживания, образования и источников средств к существованию для инвалидов.

ВСТАВКА 3

Новая жизнь Селам

С восьмилетнего возраста Селам жаловалась на головные боли. Не зная, что делать, ее семья несколько раз направляла девочку в церковь испить святой воды. Святая вода не помогла, и Селам постепенно начала терять зрение. Однажды она пришла в местный медицинский центр, где имелось офтальмологическое отделение. Врачи сочли, что ее случай слишком сложный, и направили ее в главную столичную глазную больницу. Там девочку поставили в лист ожидания на хирургическую операцию. Через год с лишним ее очередь все еще не подошла. Из-за бедности семья девочки не могла обратиться в частную хирургическую клинику. Когда Селам была поставлена в лист ожидания, у нее еще сохранялся небольшой процент зрения, однако со временем она почти полностью ослепла. Из-за своей инвалидности и бедности девочка не смогла продолжать обучение в школе и в результате испытывала все большую подавленность. Селам замкнулась в себе, сидела дома и больше не общалась с друзьями. Она стала бременем для своей семьи, которая не знала, что с ней делать. Ее головные боли усилились, появились тошнота, нарушения вестибулярного аппарата, девочка была на грани смерти.

Сотрудники РУО сумели организовать для Селам посещение специалиста-нейрохирурга, который определил, что у девочки доброкачественная опухоль – менингиома. Девочке сделали операцию, и опухоль была удалена. Руководство больницы и социальный фонд, созданный врачом, внесли 75% платы за операцию, а программа РУО – оставшиеся 25%. Семья девочки оплатила проезд, питание и проживание. Сейчас проблема Селам устранена, однако из-за бедности, существующей системы и несвоевременного хирургического вмешательства она почти ослепла. Тем не менее благодаря развитию подвижности, организованному сотрудниками РУО, девочка сейчас достаточно самостоятельна и свободно передвигается по общине. Она также учит азбуку Брайля, чтобы вернуться в школу.

После вмешательства программы РУО качество жизни Селам резко изменилось, и она больше не является бременем для семьи. Все это стало возможным благодаря содействию со стороны Селам и ее семьи, связи с медицинскими центрами и помощи, оказанной специалистами и руководством больницы.



Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРДТ)

В сентябре 2000 г. государства – члены ООН приняли восемь ЦРДТ, которые включают в себя широкий диапазон задач – от ликвидации крайней нищеты и голода

до обеспечения всеобщего начального образования – и должны быть достигнуты к 2015 г. (13). Эти международно-согласованные цели представляют собой ориентиры в области развития, установленные в начале XXI века. Хотя в перечне ЦРДТ не упоминается проблема инвалидности, каждая цель имеет фундаментальную связь с ней и не может быть полностью достигнута без ее учета (14). Поэтому в ноябре 2009 г. 64-я сессия Генеральной Ассамблеи ООН приняла резолюцию «Осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в интересах инвалидов» (A/RES/64/131) (15).

ВСТАВКА 4

Инклюзия инвалидов (Всемирный банк)

«Пока инвалиды не охвачены основными мероприятиями в области развития, будет невозможно сократить бедность вдвое к 2015 г. или предоставить к той же дате каждой девочке и каждому мальчику шансы на получение начального образования, т. е. достигнуть целей, которые [в числе других] одобрены более чем 180 мировыми лидерами на Саммите тысячелетия ООН в сентябре 2000 г.»

—Джеймс Вулфенсон, бывший президент Всемирного банка. Газета «Вашингтон пост», 3 декабря 2002 г.

Развитие, охватывающее вопросы инвалидности

Инклюзивным является такое развитие, которое охватывает и вовлекает всех, особенно маргинализованные и зачастую дискриминируемые группы (16). Инвалиды и члены их семей, особенно те из них, кто живет в сельских или отдаленных общинах либо в городских трущобах, часто не получают никаких благ от инициатив в области развития. Таким образом, развитие, охватывающее вопросы инвалидности, играет важнейшую роль в обеспечении осмысленного участия этих людей в процессах и политических мероприятиях в области развития (17).

Всесторонний учет (или отражение) прав инвалидов в повестке дня в области развития – это способ обеспечения равенства для этих людей (18). Чтобы позволить инвалидам вносить вклад в создание новых возможностей, пользоваться плодами развития и участвовать в принятии решений, может потребоваться применение двунаправленного подхода. Такой подход дает возможность: 1) активно рассматривать вопросы инвалидности в рамках основной работы в области развития; и 2) там, где это необходимо, осуществлять более адресные или целевые мероприятия для инвалидов (12). На таком подходе основаны рекомендуемые мероприятия для программ РУО, которые подробно рассматриваются в данном «Руководстве».

Подходы к развитию на уровне общины

Инициативы в области развития часто осуществлялись «сверху вниз», инициировались разработчиками политики, занимающими должности, весьма далекие от уровня общин, и разрабатывались без участия общины. Сегодня признается, что

одним из важнейших элементов развития является участие общины – в лице конкретных индивидов, групп или организаций, либо путем представительства – на всех этапах процесса развития, включая планирование, внедрение и мониторинг мероприятий (19). Подход на уровне общины помогает добиться того, чтобы развитие охватывало бедные и маргинализированные слои населения, и способствует применению более инклюзивных, реалистичных и устойчивых инициатив. Многие агентства и организации содействуют осуществлению подходов к развитию на базе общины. Например, Всемирный банк пропагандирует концепцию «развития, основанного на инициативе местных сообществ» (РОИМС) (20), а Всемирная организация здравоохранения оказывает поддержку «инициативам на уровне общин» (21).

Права человека

Что такое права человека?

Права человека – это международно-признанные стандарты, применимые ко всем людям (22); каждому в одинаковой степени должны быть гарантированы его права человека – например, права на образование, достаточное питание, жилище и социальное обеспечение – независимо от национальности, местожительства, пола, национального или этни-



ческого происхождения, цвета кожи, религии или другого статуса (23). Эти права закреплены во Всеобщей декларации прав человека, принятой государствами – членами ООН в 1948 г. (24), а также в других международных договорах в области прав человека, основное внимание в которых уделяется отдельным группам или категориям населения, в частности, инвалидам (22).

Конвенция о правах инвалидов

Тринадцатого декабря 2006 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Конвенцию о правах инвалидов (1). Эта конвенция, ставшая результатом многолетних действий в поддержку инвалидов, основывается на принятых ООН «Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов» (1993 г.) (25) и «Всемирной программе действий в отношении инвалидов» (1982 г.) (26), дополняя существующие рамки в области прав человека. Указанная Конвенция была разработана комитетом, в который входили представители правительств, национальных правозащитных институтов, неправительственных организаций и организаций инвалидов. Ее цель «заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства» (1 [Статья 1]).

Новая эра в области прав инвалидов

«Конвенция ООН о правах инвалидов знаменует собой рассвет новой эры для почти 650 миллионов людей, живущих с инвалидностью, во всем мире».

—Кофи Аннан, бывший Генеральный секретарь ООН

Конвенция охватывает ряд важнейших областей, таких как доступность, личная мобильность, образование, здоровье, реабилитация и занятость. В ней перечисляются меры, которые обязаны принимать государства-участники для осуществления прав инвалидов. Конвенция не создает каких-либо новых прав для людей с инвалидностью – ибо они имеют те же права человека, что и все другие члены сообщества, – но делает существующие права инклюзивными и доступными для инвалидов.

Правозащитный подход к развитию

Права человека и развитие тесно связаны между собой: первые являются неотъемлемой частью развития, а второе представляет собой способ реализации этих прав (27). В результате многие агентства и организации широко используют в своих программах развития правозащитный подход. Несмотря на то, что для применения подобного подхода к развитию нет единого рецепта, ООН определила ряд его важных характеристик (28). Он должен:



- **осуществлять права человека.** Главной задачей программ и политических мероприятий в области развития должно быть осуществление прав человека;
- **следовать определенным принципам и стандартам.** Принципы и стандарты международных договоров в области прав человека должны служить руководством для всей деятельности по сотрудничеству и разработке программ в области развития во всех секторах (например, в секторах здравоохранения и образования) и на всех этапах процесса разработки программ (например, на этапах анализа ситуации, планирования и разработки дизайна, внедрения и мониторинга, оценки) (см. вставку 6 об общих принципах, содержащихся в Конвенции о правах инвалидов);
- **охватывать правообладателей и носителей обязанностей.** Правообладателями являются люди, обладающие правами; например, правообладателями являются дети, так как они имеют право на образование. Носителями обязательств являются люди или организации, отвечающие за то, чтобы правообладатели могли воспользоваться своими правами. Например, носителем обязательств является министерство образования, так как оно обязано обеспечить детям доступ к образованию а родители являются носителями обязанностей, так как они обязаны оказывать поддержку детям в посещении школы.

Реабилитация на уровне общины

Начальный период

Алма-Атинская декларация 1978 г. (29) была первым международным заявлением в поддержку первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), рассматриваемой в качестве основной стратегии достижения провозглашенной ВОЗ цели обеспечения «здоровья для всех» (30). Первичная медико-санитарная помощь направлена на то, чтобы предоставить каждому человеку – независимо от того, богат он или беден, – возможность доступа к услугам и условиям, необходимым для обеспечения максимально достижимого уровня здоровья.

Во исполнение Алма-Атинской декларации ВОЗ внедрила концепцию РУО. Вначале РУО представляла собой прежде всего метод оказания услуг, обеспечивающий оптимальное использование первичной медико-санитарной помощи и ресурсов общины, и была направлена на повышение доступности услуг первичной медико-санитарной помощи и реабилитационных услуг для инвалидов, особенно в странах с низким доходом. Министерства здравоохранения во многих странах (например, во Вьетнаме, Исламской Республике Иран, Монголии и Южной Африке) начали осуществление программ РУО, опираясь на свой персонал первичной медико-санитарной помощи. В первых программах основное внимание уделялось физиотерапии, вспомогательным приспособлениям и мерам медицинского или хирургического вмешательства. Некоторые программы также предусматривали мероприятия в области обучения и создания источников средств к существованию путем профессионального обучения или осуществления программ в области получения дохода.

В 1989 г. ВОЗ издала учебное пособие «Обучение инвалидов в общинах» (31) для предоставления руководящих указаний и поддержки программам РУО и сторонам, заинтересованным в их внедрении, включая инвалидов, членов их семей, учителей школ, местных руководителей и членов общинных комитетов по реабилитации. Пособие было переведено более чем на 50 языков и до сих пор остается важным документом в области РУО, используемым во многих странах с низким доходом. Кроме того, значительный вклад в развитие программ РУО, особенно в странах с низким доходом, внесло издание «Деревенские дети-инвалиды: руководство для общинных медработников, сотрудников служб реабилитации и членов семей» (32).

В 1990-е гг. наряду с ростом количества программ произошли изменения в концептуализации РУО. К работе подключились другие специализированные учреждения ООН, такие как Международная организация труда (МОТ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Программа развития ООН (ПРООН) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), что явилось признанием необходимости многосекторального подхода. В 1994 г. МОТ, ЮНЕСКО и ВОЗ опубликовали первый Документ о совместной позиции в отношении РУО.

Обзор практики РУО за 25 лет

В мае 2003 г. ВОЗ в партнерстве с другими организациями системы ООН, правительствами и международными неправительственными организациями, в том числе профессиональными ассоциациями и организациями инвалидов, провела международную консультацию в г. Хельсинки (Финляндия) с целью обзора практики РУО (33). Доклад, выпущенный по ее результатам, высветил необходимость ориентации программ РУО на:

- снижение бедности, учитывая, что бедность – это ключевой фактор и результат инвалидности;
- содействие участию общин в разработке и осуществлении программ РУО и признание права собственности общин на результаты этой работы;
- развитие и укрепление многосекторального взаимодействия;
- привлечение организаций инвалидов к участию в программах;
- расширение масштабов внедрения программ;
- пропаганду передовой практики, основанной на доказательствах.

Документ о совместной позиции по РУО

В 2004 г. МОТ, ЮНЕСКО и ВОЗ с учетом Хельсинкских рекомендаций внесли дополнения и изменения в первоначальную редакцию «Документа о совместной позиции в отношении РУО». Новейшая редакция этого документа отражает эволюцию концепции РУО от предоставления услуг к развитию общин. В нем дается новое определение РУО как «стратегии в рамках общего развития общин, направленной на реабилитацию, сокращение бедности, обеспечение равных возможностей и социальную инклюзию всех инвалидов». В документе указывается, что программы РУО должны осуществляться «...путем совместных усилий самих инвалидов, их семей, организаций и общин, а также компетентных правительственных и неправительственных медицинских, образовательных, профессиональных, социальных и других служб» (34).

В «Документе о совместной позиции в отношении РУО» отмечается, что инвалиды должны иметь доступ ко всем услугам, которыми пользуются другие члены общины, таким как медицинские услуги на уровне общины, программы охраны здоровья детей, социальное обеспечение и образование. В нем также подчеркивается значение прав человека и содержится призыв к действиям, направленным против бедности, за предоставление государственной поддержки и разработку общенациональных стратегий.

РУО сегодня

Матрица РУО

С учетом преобразования РУО в более широкую многосекторальную стратегию развития, в 2004 г. была разработана матрица с целью обеспечения структурных рамок программ РУО (рис. 1). Она состоит из пяти основных **компонентов**: здоровье; образование; самообеспечение; социальные вопросы; расширение прав

и возможностей. Внутри каждого компонента имеется пять **элементов**. Первые четыре компонента связаны с ключевыми секторами развития, что отражает многосекторальный характер РУО. Пятый компонент связан с расширением прав и возможностей инвалидов, их семей и общин, что играет важнейшую роль в обеспечении доступа к каждому сектору развития, повышению качества жизни и осуществлению прав человека инвалидами.

Не следует ожидать, что в рамках программ РУО удастся реализовать каждый компонент и элемент матрицы РУО. Напротив, матрица задумана так, чтобы позволить разработчикам программ выбирать альтернативные варианты, которые наилучшим образом соответствуют местным потребностям, приоритетам и ресурсам. Наряду с осуществлением конкретных мероприятий для инвалидов, программы РУО должны будут укреплять партнерства и союзы с другими секторами, не охваченными этими программами непосредственно, чтобы обеспечить инвалидам и членам их семей возможность доступа к преимуществам этих секторов. В главе «Управление» дается дополнительная информация о матрице РУО.

Рисунок 1 Матрица РУО



Принципы РУО

Принципы РУО основываются на принципах Конвенции о защите прав инвалидов (1), изложенных ниже. Дополнительно были предложены еще два принципа: это расширение прав и возможностей, включая адвокатирование (см. компонент «Расширение прав и возможностей») и устойчивость (см. главу «Управление»). Эти принципы должны использоваться при руководстве всеми аспектами работы в области РУО.

Конвенция о правах инвалидов. Статья 3 «Общие принципы», пункт 1

Принципами настоящей Конвенции являются:

- a) уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;
- b) недискриминация;
- c) полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- d) уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;
- e) равенство возможностей;
- f) доступность;
- g) равенство мужчин и женщин;
- h) уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

Путь вперед

«Руководство по РУО» открывают для программ РУО путь вперед и демонстрируют, что РУО является практической стратегией применения Конвенции о правах инвалидов (1) и оказывает поддержку инклюзивному развитию на базе общин.

РУО представляет собой многосекторальную стратегию, построенную «снизу вверх», которая способна обеспечить Конвенции положительное влияние на уровне общины. В то время как Конвенция обеспечивает философскую и политическую базу РУО является практической стратегией внедрения. Деятельность в рамках РУО призвана удовлетворять базовые потребности инвалидов, сокращать бедность и открывать доступ к возможностям в области здравоохранения, образования, самообеспечения и социального развития. Все эти направления деятельности способствуют воплощению в жизнь целей Конвенции.

Программы РУО обеспечивают связь между инвалидами и инициативами в области развития. «Руководство по РУО» нацелено на ключевые секторы развития, которые должны быть инклюзивными, чтобы права и возможности инвалидов и членов их семей расширились. Это будет способствовать созданию инклюзивного общества, или «общества для всех». Поскольку участие общин составляет неотъемлемый элемент развития, в «Руководстве» настойчиво подчеркивается необходимость переориентации программ РУО в сторону обеспечения более широкого участия общин.

ВСТАВКА 7

Программы РУО меняют жизнь к лучшему

Программы РУО способны помочь обеспечить инвалидам на местном уровне возможность пользоваться преимуществами Конвенции. Это может быть достигнуто путем:

- **ознакомления людей с Конвенцией** – активной пропаганды Конвенции и ее разъяснения людям;
- **сотрудничества с заинтересованными сторонами** – работы с неправительственными организациями, включая организации инвалидов и местные органы власти, по внедрению Конвенции;
- **адвокатирования** – участия в мероприятиях по адвокатированию, направленных на разработку или усиление антидискриминационного законодательства и инклюзивных национальных и местных стратегий применительно к таким секторам, как здравоохранение, образование и занятость;
- **координации действий между местными и национальным уровнями** – развития и поддержания диалога между местным и национальным уровнями; укрепления местных групп или организаций инвалидов с тем, чтобы позволить им играть значительную роль на местном и национальном уровнях;
- **оказания помощи в разработке и мониторинге местных планов действий** – содействия в разработке местных планов действий, которые предусматривают конкретные цели и располагают необходимыми ресурсами для включения вопросов инвалидности в местные государственные стратегии и обеспечения межсекторального взаимодействия;
- **программных мероприятий** – осуществления мероприятий, помогающих расширить доступ к здравоохранению, образованию, источникам самообеспечения и социальным услугам для всех инвалидов, включая бедные слои населения и жителей сельских районов.

Научные исследования и практический опыт

Как показано в настоящем «Руководстве», РУО является многосекторальной стратегией привлечения инвалидов и их семей к участию в инициативам в области развития. Это создает проблемы для ученых, поскольку о результативности и экономической эффективности РУО имеются лишь ограниченные данные. Однако со временем объем данных о практическом опыте возрастает. Их источниками являются официальные научно-исследовательские работы, многообразный опыт в области инвалидности и РУО, оценки программ РУО и применение передовой практики, заимствованной из опыта использования аналогичных подходов в сфере международного развития.

В последние годы (35) серьезно расширились – как в качественном, так и в количественном отношении – научные исследования в области РУО применительно к странам с низким доходом. На основании опубликованных обзоров научных исследований в области РУО, а также другой литературы можно сделать следующие выводы:

- Программы, подобные РУО, признаны эффективными (36, 37) и даже высокоэффективными (38). Их результаты включают в себя повышение самостоятельности,

мобильности и улучшение коммуникативных навыков инвалидов (39). Имеются также отдельные упоминания об экономической эффективности РУО (36, 37, 38).

- Систематические обзоры научных исследований, посвященных подходам к реабилитации после черепно-мозговых травм в странах с высоким доходом, показывают, что эти подходы не менее, а то и более эффективны, чем традиционные, дают больший психологический эффект и положительно воспринимаются инвалидами и их семьями (40, 41, 42, 43).
- Связанные с РУО меры вмешательства в области улучшения самообеспечения привели к росту доходов инвалидов и их семей (39), способствовали повышению их самооценки и социальной включенности (44).
- В образовательных учреждениях, как было установлено, РУО способствует лучшей адаптации и интеграции инвалидов – как детей, так и взрослых (36, 38, 39).
- Было установлено, что подход РУО конструктивно облегчает обучение работников общин в области оказания услуг (38).
- Как показало аналогичное исследование, проведенное в странах с высоким доходом, деятельность в области РУО имеет положительные социальные последствия, влияет на психологически установки общины, улучшает инклюзию и адаптацию инвалидов (36, 38, 39).



Примечания

1. Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2006. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, дата доступа: 18 июня 2010 г.).
2. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization, 2001 (www.who.int/classifications/icf/en/, accessed 18 June 2010).
3. *Disability and rehabilitation: WHO action plan 2006–2011*. Geneva, World Health Organization, 2006 (www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf, accessed 18 June 2010).
4. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html, accessed 18 June 2010).
5. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: some facts about disability*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml, accessed 18 June 2010).
6. Elwan A. *Poverty and disability: a survey of the literature*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172608138489/PovertyDisabElwan.pdf>, accessed 18 June 2010).
7. *Global survey on government action on the implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. UN Special Rapporteur on Disability, 2006 (www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurvey_Report_Jan30_07_ReadOnly.pdf).

8. *Assistive devices/technologies: what WHO is doing*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/disabilities/technology/activities/en/, accessed 18 June 2010).
9. *EFA global monitoring report: reaching the marginalized*. Paris, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>, accessed 18 June 2010).
10. *Facts on disability in the world of work*. Geneva, International Labour Organization, 2007 (www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf, accessed 18 June 2010).
11. *Human rights dimension of poverty*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm, accessed 18 June 2010).
12. *Disability, poverty and development*. UK, Department for International Development, 2000 (www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf, accessed 18 June 2010).
13. *Цели развития тысячелетия*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2000 (<http://www.un.org/russian/millenniumgoals/>, дата доступа: 18 июня 2010 г.)
14. *Disability and the MDGs*. Brussels, International Disability and Development Consortium, 2009 (www.includeeverybody.org/disability.php, accessed 18 June 2010).
15. *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities* (UN General Assembly Resolution A/RES/64/131). New York, United Nations, 2009 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=36).
16. *Inclusive development*. New York, United Nations Development Programme (undated) (www.undp.org/poverty/focus_inclusive_development.shtml, accessed 18 June 2010).
17. *Inclusive development and the comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities* (International disability and development consortium reflection paper: Contribution for the 5th Session of the Ad Hoc Committee, January 2005). International Disability and Development Consortium, 2005. (<http://hpod.pmhclients.com/pdf/lord-inclusive-development.pdf>, accessed 18 June 2010).
18. *Mainstreaming disability in the development agenda*. New York, United Nations, 2008 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=708, accessed 18 June 2010).
19. *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Handicap International, Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association, and the Swedish Disability Federation, 2008 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 18 June 2010).
20. *Community driven development: overview*. Washington, DC, The World Bank (undated) (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTCDD/0,,contentMDK:20250804~menuPK:535770~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430161,00.html>, accessed 18 June 2010).
21. *Community-based initiative (CBI)*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (<http://www.emro.who.int/cbi/>, accessed 18 June 2010).
22. *Human rights, health and poverty reduction strategies*. Geneva, World Health Organization, 2008. (http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR_PovertyReductionsStrategies_WHO_EN.pdf, accessed 18 June 2010).
23. *Your human rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx, accessed 18 June 2010).
24. *Всеобщая декларация прав человека*. Организация Объединенных Наций, 1948 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml, дата доступа: 18 июня 2010 г.)
25. *Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1993 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml, дата доступа: 18 июня 2010 г.)

26. *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. New York, United Nations, 1982 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>, accessed 18 June 2010).
27. *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York, United Nations Development Programme, 2000 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>, accessed 18 June 2010).
28. *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2006 (www.un.org/depts/dhl/humanrights/toc/toc9.pdf, accessed 18 June 2010).
29. *Алма-Атинская декларация. Международная конференция по медико-санитарной помощи. Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.* (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, дата доступа: 18 июня 2010 г.)
30. *Primary health care*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/topics/primary_health_care/en/, accessed 18 June 2010).
31. Helander et al. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 18 June 2010).
32. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
33. *International consultation to review community-based rehabilitation* (Report of a meeting held in Helsinki, Finland, 2003). Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_DAR_03.2.pdf, accessed 18 June 2010).
34. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint Position Paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 18 June 2010).
35. Finkenflugel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005, 28:187–201.
36. Mitchell R. The research base of community based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1999, 21(10–11):459–468.
37. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1231–1241.
38. Mannan H, Turnbull A. A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.
39. Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
40. Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33(6):244–248.
41. Chard SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 2006, 3(4):525–534.
42. Evans L, Brewis C. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10):446–458.
43. Doig E et al (under review). Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
44. De Klerk T. Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):92–109.

Рекомендуемая литература

A handbook on mainstreaming disability. London, Voluntary Service Overseas, 2006 (www.asksource.info/pdf/33903_vsomainstreamingdisability_2006.pdf, accessed 18 June 2010).

ABC: teaching human rights (Practical activities for primary and secondary schools). Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2003. (<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/TrainingEducation.aspx>, accessed 18 June 2010).

Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-free and Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific. Bangkok, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003 (<http://www.unescap.org/esid/psis/disability/>, accessed 18 June 2010).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A teaching kit and complementary resources). Lyon, Handicap International, 2007 (www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html, accessed 18 June 2010).

Disability, including prevention, management and rehabilitation (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 18 June 2010). [На русском языке: Резолюция WHA58.23. Инвалидность, включая предупреждение, ведение и реабилитацию. Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 25 мая 2005 г. (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-ru.pdf, дата доступа: 18 июня 2010 г.)]

Disability Knowledge and Research (KaR) website. (www.disabilitykar.net/index.html, accessed 18 June 2010).

Griffo G, Ortali F. *Training manual on the human rights of persons with disabilities*. Bologna, AIFO, 2007 (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual_human_rights-disability-eng07.pdf, accessed 18 June 2010).

Hartley S (Ed). *CBR as part of community development – a poverty reduction strategy*. University College London, 2006.

Helander E. *Prejudice and dignity: An introduction to community-based rehabilitation*. United Nations Development Programme, 2nd edition, 1999 (www.einarhelander.com/PD-overview.pdf, accessed 18 June 2010).

Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO) website. (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/cbr.htm, accessed 18 June 2010).

Making PRSP inclusive website. (www.making-prsp-inclusive.org/fr/accueil.html, accessed 18 June 2010).

Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP). Washington, DC, International Monetary Fund, 2010 (www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm, accessed 18 June 2010).

The build-for-all reference manual. Luxembourg, Build-for All, 2006 (www.build-for-all.net/en/documents/, accessed 18 June 2010).

Управление

Введение

Описанная в предыдущей главе матрица реабилитации на уровне общины (РУО) содержит пять компонентов (здоровье, образование, самообеспечение, социальные вопросы, расширение прав и возможностей) и связанные с ними элементы. Она обеспечивает базовые рамки, которые можно использовать для разработки новых программ РУО. Но даже несмотря на существование общей матрицы, каждая программа РУО будет иметь уникальные различия, поскольку подвергается влиянию широкого спектра факторов – физических, социально-экономических, культурных и политических. Настоящая глава представляет собой руководство для менеджеров программ и дает основное представление о том, как нужно производить отбор компонентов и элементов для программы РУО, релевантных и соответствующих местным потребностям, приоритетам и ресурсам.

Хотя все программы РУО различаются между собой, существует универсальная последовательность этапов, помогающая управлять их разработкой. Совокупность этих этапов обычно называют циклом управления. Она включает в себя: анализ ситуации (этап 1); разработку программы и дизайна (этап 2); внедрение и мониторинг (этап 3); оценку (этап 4). В настоящем разделе цикл управления описан более подробно, чтобы дать менеджерам программ более полное представление о важнейших аспектах каждого этапа, помочь им разрабатывать эффективные мероприятия с участием всех заинтересованных сторон и в конечном счете, удовлетворять потребности инвалидов и членов их семей.

Просим учесть, что в данной главе не излагается некий стандартный подход, которому должна следовать каждая программа РУО. Так как эти программы часто разрабатываются в партнерстве с другими сторонами – например, государственными органами или финансовыми организациями, – эти стороны могут дать необходимые указания о том, как разрабатывать подобные программы. Кроме того, несмотря на то, что данная глава в основном посвящена новым программам РУО, она также может быть полезной для совершенствования уже существующих программ.



Мобилизация инклюзивного общества

Организация «Mobility India» представляет собой неправительственную структуру со штаб-квартирой в Бангалоре (Индия). Она пропагандирует РУО с 1999 г. с целью построения инклюзивного общества, где инвалиды имеют равные права и хорошее качество жизни. «Mobility India» осуществляет программы РУО в трех различных районах: 1) в городских трущобах Бангалора; 2) в пригородной зоне Анекал Талук, примерно в 35 км от Бангалора; 3) в сельской местности (округ Чамражданагар), примерно в 210 км от Бангалора.

Хотя программы РУО в этих районах включают в себя много сходных мероприятий – таких как помощь в формировании групп самопомощи, улучшение доступа к возможностям в области здоровья, образования, самообеспечения и социальных услуг, мобилизация общин, – в то же время они демонстрируют уникальные различия, так как осуществляются в различных условиях.

Проведя оценку мероприятий за несколько лет, организация «Mobility India» сделала ряд важных управленческих выводов. Большое значение имеют, в частности:

- привлечение к участию в цикле управления ключевых заинтересованных сторон на всех уровнях;
- проведение до начала программы РУО анализа ситуации;
- инвестирование значительных средств в первичное планирование для обеспечения разработки четких индикаторов;
- развитие партнерств с ключевыми заинтересованными сторонами с тем, чтобы обеспечить четкое распределение ролей и ответственности; при этом важную роль играют партнерства с местными органами власти;
- инициирование мероприятий, которые приносят пользу всей общине, а не только отдельным инвалидам;
- набор персонала РУО из местных общин; при этом следует отдавать предпочтение инвалидам, особенно женщинам;
- обеспечение непрерывности процесса создания потенциала, который должен охватывать всех – например, инвалидов, их семьи, других членов общины, поставщиков услуг и местных лидеров или лиц, ответственных за принятие решений;
- готовность делиться опытом своих успехов и неудач с другими.



Основные понятия

В чем разница между проектом РУО и программой РУО?

Проекты и программы РУО осуществляются во всем мире, и многие люди не видят между ними разницы. Между тем проекты РУО, как правило, невелики по масштабам и могут быть направлены на достижение весьма конкретных результатов в каком-либо одном компоненте матрицы РУО: например, в области здравоохранения. Они носят краткосрочный характер и имеют фиксированные даты начала и завершения. Там, где поддержка системы РУО со стороны государства ограничена, подобные проекты нередко иницируются общинными группами или неправительственными организациями, как это происходит в Аргентине, Бутане, Колумбии, Уганде и Шри-Ланке. Если они оказываются успешными, то могут быть расширены до уровня программ: например, в Китае, Египте и Исламской Республике Иран пилотные проекты превратились в национальные программы. Программы РУО – это комплекс взаимосвязанных проектов, управление которыми скоординировано. Обычно они носят долговременный характер, не имеют точной даты завершения и более масштабны и сложны, чем проект. Хотя проекты и программы обладают разными характеристиками, в данной главе в обоих случаях используется термин «программа». Рассматриваемый в этой главе цикл управления, а также обсуждаемые в других компонентах «Руководства по РУО» результаты, ключевые понятия и предлагаемые действия по другим компонентам РУО легко применимы к обоим случаям.

Начало пути

Первоначальным стимулом к осуществлению программы РУО, как правило, является решение, принимаемое за пределами общины, например, в министерстве или неправительственной организации (1). Независимо от того, где проявляется заинтересованность – внутри общины или вне ее, – важно иметь необходимые ресурсы и добиться готовности общины к разработке и реализации программы (см. раздел «Партисипативное управление»). Не следует, да и невозможно ожидать, что министерство, департамент, местные органы власти или организация, иницирующие программу, внедряют все компоненты матрицы РУО. Для разработки всесторонней программы важно развивать партнерские отношения с заинтересованными сторонами, отвечающими за каждый ее компонент. Необходимо побуждать каждый сектор принять на себя ответственность за обеспечение инклюзивности своих программ и услуг и их соответствия потребностям инвалидов, их семей и общин. Например, рекомендуется, чтобы министерство здравоохранения и/или неправительственные организации, работающие в этом секторе, взяли на себя ответственность за компонент «Здоровье», министерство образования и/или неправительственные организации этой сферы – за компонент «Образование» и т. д.

Географический охват

Программы РУО могут быть локальными, региональными или национальными. Масштаб охвата будет зависеть от того, кто внедряет программу, каковы сферы

осуществления мер вмешательства и имеющиеся ресурсы. Важно помнить, что поддержка, необходимая инвалидам и их семьям, должна предоставляться как можно ближе к их общинам, в том числе в сельских районах. В большинстве стран с низким доходом ресурсы ограничены и концентрируются в столице или крупных городах. Задача планировщиков РУО – найти наиболее приемлемый вариант достижения оптимального качества услуг, по возможности, максимально близко к жилищам людей, с учетом их реальных нужд и существующих местных ресурсов (см. Этап 1. «Анализ ситуации»).

Структура управления программой РУО

Каждая программа РУО сама решает, как она должна управляться. Поэтому невозможно обеспечить единую унифицированную управленческую структуру РУО для всех компонентов. Тем не менее в конце этой брошюры представлено несколько примеров структур управления, которые основаны на программах, действующих в странах мира (см. Приложение).

Во многих случаях могут быть созданы комитеты для содействия управлению программами РУО, и такую практику следует поощрять. В состав комитетов по РУО обычно входят инвалиды, члены их семей, заинтересованные члены общины и представители органов власти. Такие комитеты полезны для:



- формулирования миссии и концепции программы РУО;
- выявления потребностей и доступных местных ресурсов;
- определения функций и ответственности сотрудников программ РУО и заинтересованных сторон;
- разработки плана действий;
- мобилизации ресурсов для осуществления программы;
- оказания поддержки и предоставления инструкций менеджерам программ РУО.

Партисипативное управление

Одним из ключевых положений, проходящих красной нитью сквозь все программы РУО, является широкое участие сторон. В большинстве случаев ответственными за принятие окончательных решений являются менеджеры программы, однако важно, чтобы все ключевые заинтересованные стороны, особенно инвалиды и члены их семей, были активно вовлечены в работу на всех этапах управленческого цикла. Заинтересованные стороны могут внести ценный вклад, делаясь своим опытом, наблюдениями и рекомендациями. Их участие в работе на протяжении всего цикла управления поможет добиться, чтобы программа отвечала нуждам общины и чтобы община помогала обеспечить устойчивость программы в долгосрочной перспективе (см. Этап 1, раздел «Анализ заинтересованных сторон»).

Обеспечение устойчивости программ РУО

Хотя благие намерения помогают запустить программы РУО, их никогда не бывает достаточно для того, чтобы управлять этими программами и придать им устойчивый характер. В целом, как показывает опыт, продвигаемые или поддерживаемые государством программы получают больше ресурсов, имеют более широкое распространение и более высокую устойчивость, чем программы гражданского общества. Однако программы, осуществляемые гражданским обществом, обычно делают мероприятия по РУО более целенаправленными, заставляют их работать в трудных ситуациях, обеспечивают более широкое участие общин и их непосредственный вклад в достижение результатов. Программы РУО бывают наиболее успешными там, где имеется поддержка со стороны государства и где они восприимчивы к местным факторам, таким как культура, финансы, человеческие ресурсы и предоставление поддержки заинтересованными сторонами, включая местные органы власти и организации инвалидов.

Ниже перечисляются некоторые существенные элементы устойчивости, которые должны учитываться в программах РУО:

- **Эффективное лидерство.** Будет очень непросто поддерживать устойчивость программ РУО без эффективного лидерства и управления. Чтобы достигнуть целей и положительных результатов, менеджеры программ обязаны стимулировать, вдохновлять, направлять и поддерживать заинтересованные стороны. Существенное значение имеет выбор сильных лидеров, которые преданы своему делу, высоко коммуникабельны и пользуются уважением заинтересованных сторон и общины в целом.
- **Партнерства.** Если программы РУО осуществляются по отдельности, они могут начать конкурировать с другими программами в общине, что ведет к дублированию услуг и напрасной трате ценных ресурсов. Наилучшему использованию имеющихся средств и приданию программам устойчивого характера может помочь формирование партнерств, которые создают возможности «общего профиля», используют более широкий диапазон знаний и навыков, финансовые ресурсы, а также обладают дополнительными возможностями адвокатирувания для оказания влияния на законодательство и государственную политику, касающуюся инвалидов. Во многих ситуациях помочь обеспечить участие партнеров и придать ему стабильный характер могут формальные организационные меры, такие как соглашения об услугах, меморандумы о взаимопонимании и контракты.
- **Обеспечение права собственности общин на результаты разработки и осуществления программы.** В успешных программах РУО право собственности на результаты разработки и осуществления мероприятий принадлежит общинам. Это может быть достигнуто путем привлечения ключевых заинтересованных сторон ко всем этапам цикла управления. (См. также раздел «Мобилизация общин» в компоненте «Расширение прав и возможностей»).
- **Использование местных ресурсов.** Уменьшение зависимости от людских, финансовых и материальных ресурсов из внешних источников позволяет обеспечить программе большую устойчивость. Следует побуждать общины опираться на собственные возможности для решения проблем, с которыми они сталкиваются. Местным ресурсам следует отдавать предпочтение перед национальными, а национальным – перед ресурсами других стран.

- **Учет культурных факторов.** Культуры различаются между собой, и то, что с культурной точки зрения приемлемо для одной группы людей, может оказаться неприемлемым для другой. Чтобы обеспечить устойчивость программ РУО в разных условиях, необходимо учитывать, как эти инициативы повлияют на местные обычаи и традиции, на какое сопротивление могут натолкнуться и как нужно преодолевать это сопротивление. Важно найти баланс между изменением ошибочных мнений и поведения по отношению к инвалидам и адаптацией программ и мероприятий к местному контексту.
- **Создание потенциала.** Формирование потенциала заинтересованных сторон в части планирования, внедрения, мониторинга и оценки программ РУО будет содействовать устойчивости. Чтобы помочь формированию этого потенциала, программы РУО должны обладать сильным информационным и учебным компонентом. Например, создание потенциала среди инвалидов обеспечит им навыки, необходимые для адвокации их инклюзии в основные инициативы.
- **Финансовая поддержка.** Важно, чтобы все программы РУО имели стабильные финансовые источники. Доступным может быть целый ряд различных источников, в числе которых – государственные (например, прямое финансирование или гранты), донорские фонды (например, подача предложений по проекту национальным и международным донорам для выделения средств, а также помощь в натуре или спонсорство) и доходы, генерируемые собственными силами (например, от продажи товаров, взимания платы и сборов за услуги или путем использования механизма микрофинансирования).
- **Политическая поддержка.** Национальная политика в области РУО, национальная программа РУО, сетевая система РУО и необходимая бюджетная поддержка позволят добиться того, что преимущества от применения Конвенции о правах инвалидов (2) и осуществления инициатив в сфере развития дойдут до каждого инвалида и члена его семьи. Включение вопросов инвалидности в законодательную и административную деятельность органов власти обеспечит также долгосрочные преимущества для инвалидов в плане их доступа к услугам и возможностям в области здоровья, образования, самообеспечения и социальной помощи.

Расширение масштабов программ РУО

Расширение масштабов программ РУО означает увеличение сферы воздействия успешной программы. Это принесет ряд преимуществ: например, программа РУО охватит большее число инвалидов с еще не удовлетворенными потребностями, будет содействовать более полному ознакомлению общества с проблемами инвалидов, а также может привести к росту поддержки изменений в области политических мероприятий и распределения ресурсов для нужд инвалидов. Расширение масштабов программ требует: 1) демонстрации эффективности программы; 2) признания программы инвалидами и их семьями; 3) признания программы общиной; 4) достаточных финансовых ресурсов; 5) четкого законодательства и понятной политики.

Существует много разных способов расширения масштабов программ РУО. Один из них заключается в том, чтобы расширить географический охват программы, т. е. вывести ее за пределы одной общины и распространить на несколько общин, поднять на региональный или даже на общенациональный уровень. В целом, однако, предполагается, что программы РУО начинаются с малого в легкодоступных районах

и должны продемонстрировать положительные результаты, прежде чем будет рассмотрена возможность их расширения. Поскольку многие из них фокусируются на людях с конкретными нарушениями, другой метод расширения масштабов состоит в адаптации программы к людям с разными видами нарушений.

Цикл управления

Размышляя над разработкой или укреплением программы РУО, полезно представлять себе весь процесс управления в виде цикла (рис. 2). Это позволяет учесть все его основные аспекты и показывает, как они сочетаются и связаны друг с другом. В настоящем «Руководстве» цикл управления включает в себя следующие четыре этапа:

1. Анализ ситуации. На этой стадии изучается существующее положение инвалидов и членов их семей в общине, и выявляются проблемы, которые следует решать.

2. Разработка плана и дизайна. Этот этап включает в себя принятие решения о том, как программа РУО будет решать эти проблемы и вопросы, а также составление плана мероприятий.



3. Внедрение и мониторинг. На этом этапе идет осуществление программы, включающее в себя регулярные мониторинг и обзор, чтобы обеспечить движение в правильном направлении.

4. Оценка. На этом этапе проводится сравнение достигнутых результатов с намеченными целями, чтобы выяснить, что и как было выполнено, и оценить общее воздействие программы, например, какие изменения произошли в результате ее осуществления.

Этап 1. Анализ ситуации

Введение

Необходимо, чтобы программы РУО основывались на информации, которая была бы релевантной и уникальной для каждой общины с тем, чтобы они удовлетворяли реальные потребности, были рентабельными и реалистичными. Зачастую перед началом осуществления программы РУО планировщики думают, что у них достаточно информации от том, что требуется и что им необходимо сделать. Однако во многих случаях эта информация является неполной, поэтому первым этапом цикла управления должен стать анализ ситуации.



Цель анализа ситуации – дать ответ на вопрос: «Где мы сейчас находимся?» Это помогает планировщикам получить представление об условиях (или контексте), в которых живут инвалиды и члены их семей, и определить наиболее приемлемое направление действий. Анализ включает в себя сбор информации, определение круга заинтересованных сторон и их влияния, выявление основных проблем и задач программы и имеющихся в общине ресурсов. Это важный этап цикла управления, обеспечивающий информацию, необходимую для планирования и разработки программы РУО (см. Этап 2. Разработка плана и дизайна).

Необходимые шаги

Анализ ситуации включает в себя следующие шаги:

1. Сбор фактов и цифр.
2. Анализ заинтересованных сторон.
3. Анализ проблемы.
4. Анализ целей.
5. Анализ ресурсов.

Сбор фактов и цифр

Сбор основных фактов и количественных данных помогает конкретизировать то, что уже известно об инвалидах и условиях их жизни. Он также дает информацию о базовом уровне, которая может пригодиться для будущих оценок (см. Этап 4. Оценка). Сбор фактов и цифр может производиться в отношении средовой, социальной, экономической, культурной и политической ситуации на национальном, региональном и/или местном уровнях.

Например, информацию можно собирать по следующим темам:

- население: например, численность инвалидов, их возраст, пол, типы нарушений;
- условия жизни: например, виды проживания, водоснабжения, канализации;
- здоровье: показатели смертности, причины заболеваний и смерти, уровень местного медико-санитарного обслуживания;
- образование: например, число детей-инвалидов, посещающих школу; показатели грамотности;
- экономика: например, источники дохода, средний ежедневный заработок;
- государство: например, политика и законодательство, степень внимания к инвалидам, ратификация и статус применения Конвенции о правах инвалидов; доступность стандартов и нормативно-правовых актов;
- культура: культурные группы, языки, практика и поведенческие установки по отношению к инвалидам;
- религия: например, религиозные верования и группы;
- география и климат.



Сбор фактов может включать в себя беседы с людьми – например, посещение местного органа власти – и/или изучение документов и сведений, которые можно найти в Интернете, правительственных публикациях и научно-исследовательских работах.

Анализ заинтересованных сторон

Важно, чтобы с самого начала цикла управления были выявлены все ключевые заинтересованные стороны, чтобы привлечь их к участию и помочь осознанию общиной права собственности на результаты разработки и внедрения программы. Анализ заинтересованных сторон позволяет идентифицировать те из них (индивидов, группы или организации), которые могут получить пользу, внести свой вклад или повлиять на программы РУО. Есть много различных инструментов, которые можно использовать для выявления заинтересованных сторон, установления уровня их влияния и направлений деятельности. Одним из таких инструментов является анализ SWOT («Достоинства – недостатки – возможности – угрозы»), который можно

использовать для оценки **достоинств** и **недостатков** группы заинтересованных сторон, а также внешних **возможностей** и **угроз**, с которыми они сталкиваются.

Функции и ответственность ключевых заинтересованных сторон

В ходе анализа может быть выявлено большое количество различных заинтересованных сторон. К их числу могут относиться: инвалиды и члены их семей, члены общины (в том числе ее лидеры, учителя и др.), гражданское общество (например, неправительственные и религиозные организации, женские группы), организации инвалидов и органы власти (рис. 3). Важно помнить, что персонал и менеджеры программы РУО тоже являются заинтересованными сторонами. Каждая из заинтересованных сторон привнесет свои навыки, знания, ресурсы и связи, будет играть конкретную роль и нести конкретную ответственность в отношении разработки и внедрения программы РУО.

Рис. 3. Заинтересованные стороны программы РУО



Инвалиды и члены их семей

Инвалиды и их семьи играют чрезвычайно важную роль в программе РУО. Их функции и обязанности разъясняются во всех разделах «Руководства по РУО», но в целом сводятся к следующим:

- выполнение активных функций во всех элементах управления программой РУО;
- участие в местных комитетах программ РУО;
- добровольное участие и работа в качестве штатных сотрудников этих программ;
- разъяснение в своих общинах проблем инвалидности, например, путем привлечения внимания к тем или иным барьерам и требований ликвидировать их.

Члены общин

Программа РУО может принести пользу всей общине, а не только инвалидам. Программы РУО должны побуждать членов общины выполнять следующие функции и обязанности:

- участвовать в разъяснительных инициативах, чтобы больше узнать об инвалидности;
- изменить те убеждения и психологические установки, которые могут ограничить возможности инвалидов и их семей;
- устранять другие барьеры, которые могут помешать инвалидам и их семьям участвовать в жизни общины;
- убеждать личным примером и привлекать к работе инвалидов и их семьи;
- при необходимости оказывать помощь и поддержку инвалидам и их семьям.

Гражданское общество

Функции и ответственность организаций и групп гражданского общества зависят от их уровня – международного, национального, регионального или общинного. Они также зависят от опыта указанных групп и их вовлеченности в деятельность, связанную с инвалидностью, и в осуществление программы РУО. По традиции многие неправительственные организации находятся на переднем крае работы в области РУО, поэтому они могут стать движущей силой любой новой или существующей программы РУО. В целом их функции и обязанности могут включать в себя:

- разработку и реализацию программ РУО там, где поддержка со стороны правительства ограничена;
- предоставление программам РУО технического содействия, ресурсов и обучения;
- поддержку развития заинтересованными сторонами сети направления к специалистам;
- поддержку программ РУО для создания потенциала других заинтересованных сторон;
- включение вопросов инвалидности в существующие программы и услуги;
- поддержку оценки, научных исследований и разработок в области РУО.

Организации инвалидов

Организации инвалидов представляют собой огромный ресурс для укрепления программ РУО, и многие из них в настоящее время играют значительную роль в этих программах (см. также буклет «Расширение прав и возможностей»). Их функции и сферы ответственности могут включать в себя:

- представление интересов инвалидов;
- предоставление консультаций о потребностях инвалидов;
- разъяснение инвалидам их прав;
- адвокати́рование и лоббирование в пользу действий, направленных на усиление внимания государства и поставщиков услуг к этим правам: например, осуществление программ в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов;



- предоставление инвалидам информации об услугах;
- непосредственное участие в управлении программами РУО.

Органы власти

Вопросы, связанные с инвалидностью, должны быть предметом внимания органов власти на всех уровнях и во всех секторах, в том числе в секторах образования, занятости и социальных дел. Функции и обязанности могут включать в себя:

- руководство процессом управления и/или реализации национальных программ РУО;
- обеспечение надлежащего законодательства и политических рамок в поддержку прав инвалидов ;
- разработку национальной политики в области РУО или включение РУО в качестве стратегии в соответствующие политические мероприятия, например, в области реабилитации или развития;
- предоставление программам РУО кадровых, материальных и финансовых ресурсов;
- обеспечение инвалидам и членам их семей доступа к государственным программам, услугам и учреждениям;
- развитие РУО как механизма операционной методологии или предоставления услуг для осуществления мероприятий по реабилитации в масштабах страны.

Менеджеры программ РУО

Управленческие функции и обязанности будут зависеть от того, кто отвечает за запуск и выполнение программы РУО, и от степени ее децентрализации, например, от того, на каком уровне осуществляется программа – национальном, региональном или местном. В целом некоторые функции и обязанности менеджера программы РУО могут включать в себя:

- облегчение каждого этапа цикла управления;
- обеспечение наличия политических мер, систем и процедур для управления программами;
- создание и поддержание сетевых структур и партнерств внутри и вне общины;
- обеспечение вовлеченности всех ключевых заинтересованных сторон во все этапы цикла управления и надлежащее информирование их обо всех достижениях и неудачах;
- мобилизацию ресурсов – финансовых, кадровых и материальных – и управление ими;
- создание потенциала общин и обеспечение учета проблем инвалидности сектором развития;
- управление повседневной работой путем распределения поручений и обязанностей;
- поддержку персонала программ РУО и надзор за ним: например, обеспечение знания сотрудниками своих функций и обязанностей, регулярные встречи с ними для рассмотрения качества их работы и достигнутых результатов, организацию программ обучения.
- управление информационными системами с целью мониторинга хода и результатов работы.

Персонал РУО

Персонал – это основа программы РУО и ресурс для инвалидов, их семей и членов общины. Функции и обязанности персонала рассматриваются во всех разделах «Руководства по РУО» и в целом включают в себя:

- выявление инвалидов, выполнение первичной оценки нарушений и предоставление простейших терапевтических вмешательств;
- просвещение и обучение членов семьи тому, как оказывать поддержку и помощь инвалидам;
- предоставление информации о службах, имеющихся в общине, установление связи инвалидов и их семей с этими службами с помощью центров выписки направлений к специалистам и последующее наблюдение;
- содействие контактам между инвалидами и формированию групп взаимопомощи;
- адвокати́рование в пользу повышения доступности и инклюзии инвалидов путем налаживания контактов с медицинскими центрами, школами и рабочими местами;
- улучшение информирования общины о проблемах инвалидов и стимулирование их включения в жизнь семьи и общины.

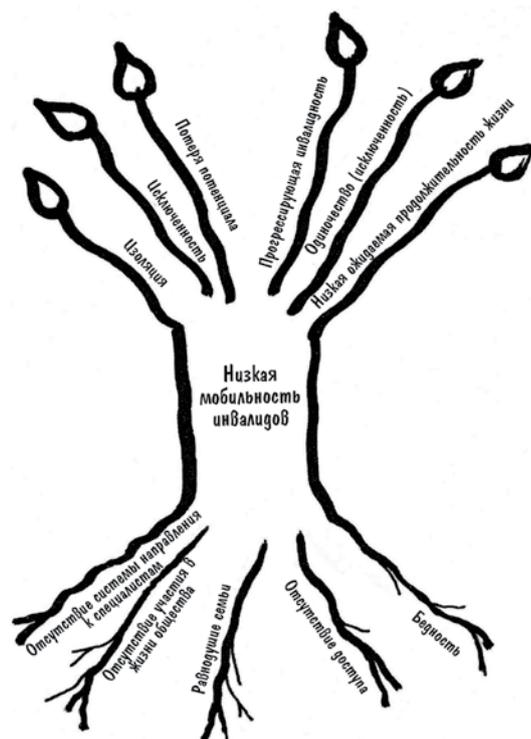
Таблица 1. Национальная программа РУО Вьетнама: функции и обязанности ключевых заинтересованных сторон

Уровень	Заинтересованные стороны	Функции и обязанности
Деревня	Инвалиды и их семьи	Осуществление реабилитации на дому, адаптация домашней обстановки, объединение в ассоциацию, работа в качестве помощника (добровольца)
Деревня	Добровольцы РУО	Своевременное выявление инвалидов, направление их на лечение, последующее наблюдение, сбор данных и составление отчетов, разъяснительная работа, стимулирование, адвокати́рование интересов инвалидов, их семей и общин, налаживание связей с другими секторами
Общины (группы деревень)	Руководящий комитет, работники РУО	Управление, координация и поддержка работы помощников, отчеты, мобилизация и распределение ресурсов, осуществление реабилитации на дому, содействие работе организаций инвалидов
Район	Руководящий комитет, менеджер РУО, секретарь РУО, инструкторы и специалисты РУО	Управление и координация, мониторинг, отчетность, поддержка реабилитации на дому, диагностика, оценка, обучение, распределение ресурсов
Провинция	Руководящий комитет, менеджер РУО, секретарь РУО, инструкторы и специалисты	Разработка политики, распределение ресурсов, вмешательства на базе институтов, общая координация и управление, мониторинг и оценка, поддержка реабилитации на дому, диагностика, оценка и обучение
Национальный уровень	Группа старших инструкторов, эксперты, разработчики политики	Выработка политики, материальное развитие, вмешательства на уровне институтов, обучение, исследования

Анализ проблемы

Программы РУО проводятся для решения существующих в общине проблем инвалидов и членов их семей. Анализ проблемы помогает понять, в чем состоят основные трудности, найти их коренные причины, определить их воздействие или последствия. Затем самые серьезные из выявленных проблем должны стать главным объектом программы РУО (см. раздел «Подготовка плана программы»). Потенциальная цель программы рассматривается в разделе «Роль РУО» каждого буклета и элемента «Руководства по РУО».

Анализ проблемы должен осуществляться с участием ключевых групп заинтересованных сторон, перечисленных выше. Без их взгляда на проблему ее характер, потребности и решения не будут ясны. Полезным методом проведения анализа проблемы с участием заинтересованных сторон является проведение семинара, помогающего выработать общее понимание проблемы, наметить цели и мероприятия. Следует отметить, что иногда может понадобиться проведение нескольких семинаров с разными группами заинтересованных сторон, чтобы дать возможность свободно высказаться представителям наиболее уязвимых групп.



Существует много разных методов анализа проблемы. Возможно, одним из самых популярных и наиболее широко применяемых является метод «дерево проблемы» (3, 4). Это метод визуализации проблемы в графической форме. В верхней части «дерева» показаны результаты проблемы, в нижней – ее причины.

Анализ целей

Анализ целей представляет собой исходный пункт для определения возможных решений. Полезным инструментом выполнения этого анализа служит «дерево целей» – схема, аналогичная «дереву проблемы», с той лишь разницей, что в ней рассматриваются цели, а не проблемы. Если такая

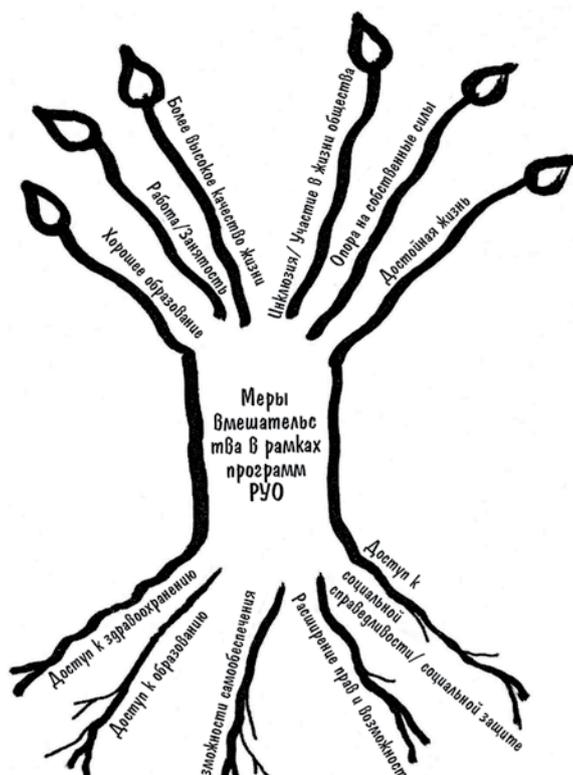


схема составлена, «дерево проблемы» может быть легко превращено в «дерево целей»; для этого первое (негативные моменты) преобразуется в сформулированные задачи (положительные моменты). Цели, определенные в ходе анализа, имеют большое значение для стадии разработки плана и дизайна, так как они составляют основу плана программы. Поскольку на этом этапе программного цикла обычно выявляется много проблем и задач, важно выделить ключевые области, на которых следует сосредоточить усилия (см. Этап 2. «Разработка плана и дизайна»).

Анализ ресурсов

Все общины, даже самые бедные, обладают некоторыми ресурсами. Анализ призван выявить наличие в общине в настоящее время таких ресурсов, которые могла бы использовать – или на которые могла бы опереться – программа РУО. В ходе изучения важно также определить их потенциал (например, достоинства и недостатки), чтобы использовать их в интересах инвалидов. Анализ должен выявить: кадровые ресурсы, материальные ресурсы (инфраструктура, транспорт, оборудование, финансовые средства и существующие социальные системы) и структуры, такие как организации, группы и политические образования. Часто бывает целесообразно зафиксировать их местоположение.

Этап 2. Разработка плана и дизайна

Введение

Этап 1 призван дать планировщикам РУО достаточно информации для выполнения Этапа 2 – разработки плана и дизайна. Планировщики должны приступить к этому этапу, имея ясную картину положения инвалидов и условий, в которых будет осуществляться программа РУО; они должны знать численность инвалидов, их потребности и потребности членов их семей, возможные пути решения проблем и наличие ресурсов в общине.

Разработка плана помогает заглядывать вперед и готовиться к будущему, обеспечивая переход к следующему этапу цикла управления (Этап 3 «Внедрение и мониторинг»). Тем самым гарантируется учет всех аспектов программы РУО: приоритетные потребности определены, выработан четкий план достижения желанной цели, продуманы системы мониторинга и оценки, выявлены ресурсы, необходимые для осуществления программы.



Необходимые шаги

Планируйте вместе с ключевыми заинтересованными сторонами

Проведение форума заинтересованных сторон является хорошим способом для рассмотрения и обсуждения результатов Этапа 1 с тем, чтобы установить приоритеты, разработать план программы и подготовить смету расходов. Важно, чтобы на стадии планирования были представлены инвалиды и члены их семей, поэтому необходимо продумать, как обеспечить их полезное участие в форуме. Например, информацию следует предоставлять в форматах, которые приемлемы для людей с разными видами нарушений. Как упоминалось в разделе, посвященном Этапу 1, может потребоваться проведение встреч с отдельными группами заинтересованных сторон, например, с инвалидами и членами их семей, чтобы обеспечить им возможность выразить свои взгляды легко и свободно.

Установите приоритеты

Вполне возможно, что в ходе Этапа 1 будет выявлено множество различных потребностей, которые программа РУО потенциально может охватить. К сожалению, ресурсы не безграничны, поэтому необходимо определить первоочередные задачи. При установлении приоритетов полезно рассмотреть, какие потребности являются наиболее острыми; где существует наибольший потенциал для изменений; и каков объем имеющихся ресурсов. Участие ключевых партнеров в этом процессе необходимо, поскольку это гарантирует, что программа будет приемлемой и отвечающей их потребностям. Установление приоритетов требует знаний, навыков и понимания реалий: порой сторонние помощники, могут предотвратить отклонение программы от цели.

Подготовьте план программы

Для подготовки плана программы РУО можно использовать такой инструмент планирования, как логическая схема. Она помогает добиться того, чтобы все аспекты, необходимые для успеха программы, были приняты во внимание. Цель схемы – дать ответы на следующие вопросы:

- чего стремится достичь программа (цель и намерения)?
- как она будет осуществляться (действия и результаты)?
- как мы узнаем, что программа достигла своих результатов (индикаторы)?
- как мы сможем это проверить (средства проверки)?
- каковы потенциальные проблемы, которые могут возникнуть в ходе выполнения программы (риски)?

Для подготовки плана программы РУО на основе схемы важно понимание последующих этапов. Обратитесь к Табл. 2, которая показывает общую структуру схемы, и к Табл. 3, которая демонстрирует пример того, как может выглядеть такая структура. Учтите, что используемые ниже термины логической схемы могут отличаться от тех, которые используются другими организациями, финансовыми учреждениями и др.

Таблица 2. Логическая схема

	Краткое изложение	Индикаторы	Источники верификации	Допущения
Цель				
Идея				
Результаты				
Действия (мероприятия)		Необходимые ресурсы	Издержки	

Определите цель

Прежде чем задуматься о том, что надлежит предпринять, т. е. о необходимых действиях, следует определить, что именно программа надеется достигнуть в долгосрочном плане – т. е. каковы ее цели. Цель характеризует задуманный конечный эффект программы РУО – желаемый результат, когда проблема или потребность больше не существуют или когда ситуация существенно улучшилась (см. Этап 1 «Анализ проблемы»).

Сформулируйте задачу

Задача программы описывает изменения, которые, согласно вашему желанию, программа должна осуществить в ходе достижения цели. Как правило, устанавливается только одна задача, поскольку это упрощает управление программой. Однако некоторые программы РУО могут иметь несколько задач и сосредотачиваться на нескольких компонентах/элементах матрицы РУО – например, на здоровье и образовании. В этом случае понадобятся отдельные логические схемы, но при этом их должна объединять общая цель (см. Этап 1 «Анализ проблемы»).

Определите результаты

Результаты – это то, чего должна достичь программа. Они представляют собой обширное поле деятельности. При составлении рабочих планов обычно определяется от трех до шести результатов (см. Этап 1 «Анализ целей»).

Определите действия (мероприятия)

Действия (мероприятия) – это виды работ или меры вмешательства, которые нужно осуществить для реализации идей и достижения результатов. В логической схеме приводятся только простые, ключевые действия. Более подробно мероприятия рассматриваются на следующих этапах цикла управления, например, когда разрабатываются рабочие планы (см. Этап 3 «Разработка подробных рабочих планов»).

Установите индикаторы

Индикаторы представляют собой целевые показатели, которые характеризуют продвижение к заданным результатам программы РУО и имеют большое значение для ее мониторинга (см. Этап 3 «Внедрение и мониторинг») и оценки (см. Этап 4 «Оценка»). Индикаторы программ РУО могут измерять:



- качество услуг и своевременность их оказания;
- то, в какой мере мероприятия программы достигают целевых индивидуумов;
- доступность услуг и реальное пользование ими;
- стоимость выполнения программы;
- то, в какой мере реальное осуществление программы соответствует плану ее выполнения;
- общий прогресс и ход выполнения программы, а также существующие барьеры.

При установлении индикаторов необходимо помнить, что они должны соответствовать английской аббревиатуре **SMART** («умный»), т. е. быть:

- **specific (конкретными)** – когда индикаторы зафиксированы в письменном виде, они должны уточнять характеристики изменения, которое вы надеетесь получить, т. е. желаемое количество (например, сколько, в каком объеме), желаемое качество (например, удовлетворенность, мнения, способность принимать решения или изменение психологической установки) и сроки изменения, т. е. время (когда или как часто);
- **measurable (измеримыми)** – можно ли точно оценить индикаторы?
- **attainable (достижимыми)** – можно ли будет достичь установленных показателей при разумных издержках?
- **relevant (релевантными)** – соответствуют ли индикаторы тому, что они измеряют?
- **timely (своевременными)** – можно ли будет собрать информацию по индикаторам, когда это понадобится?

Определите источники верификации

После разработки индикаторов необходимо решить, какая информация понадобится для оценки каждого из них, т. е. определить источники верификации. Ими могут быть доклады, протоколы встреч, журналы присутствия, финансовые декларации, правительственная статистика, исследования, интервью, документы об обучении, переписка или беседы, ситуационные исследования, еженедельные, ежемесячные или ежеквартальные отчеты об осуществлении программы, оценки частичного или полного выполнения программы. После определения источников верификации необходимо подумать, кто, где и когда будет собирать данные.

Рассмотрите, какие нужно сделать допущения

Чтобы заполнить столбец допущений в логической схеме, необходимо рассмотреть риски, а также то, что в ходе выполнения программы. может быть сделано

неправильно. Есть риски, возникающие в ходе любой программы РУО, однако их заблаговременная идентификация может помочь предотвратить возникновение неожиданностей в работе. Выявленными рисками можно управлять путем изменения плана программы, чтобы уменьшить их или устранить. Тогда они превращаются в положительные формулировки (допущения) и включаются в логическую схему.

Подготовьте план мониторинга и оценки

Все программы должны быть снабжены системами мониторинга и оценки. Необходимо, чтобы эти системы рассматривались на стадии планирования, поскольку сбор информации нужно начать одновременно с началом выполнения программы. Основой для систем мониторинга и оценки будут индикаторы и источники верификации, установленные в плане программы (см. Этап 3 «Внедрение и мониторинг» и Этап 4 «Оценка»).

Определите необходимые ресурсы

Хотя к моменту начала осуществления программы РУО могут быть доступны не все требуемые ресурсы, нужно продумать, какие ресурсы (в целом) понадобятся для ее реализации и как их получить. Не забывайте возвращаться к анализу, приведенному в разделе «Этап 1», чтобы определить, что из необходимого уже имеется (см. Этап 1 «Анализ ресурсов»). Необходимо учитывать следующие аспекты:

Кадровые ресурсы

Типы специалистов, необходимых для выполнения программы: например, менеджер программы, персонал РУО, административные работники, водители.

Материальные ресурсы

Помещения и оборудование, необходимые для выполнения программы, например, офисы, мебель, компьютеры, мобильные телефоны, транспортные средства, аудиовизуальные системы, реабилитационное оборудование.

Финансовые ресурсы

Стоимостной фактор может стать основным ограничителем новых программ, поэтому необходимо тщательно продумать, какая сумма денежных средств требуется. Лучше всего это сделать путем составления сметы расходов. Смета нужна всегда, независимо от того, использует ли программа РУО имеющиеся средства или финансы донора/доноров.

Подготовьте смету

Смета показывает количество денег, которое программа планирует изыскать и потратить на свою деятельность в течение определенного времени. Она имеет большое значение для прозрачного управления финансами, планирования (например, дает представление о том, в какую сумму обойдется программа), сбора средств (например, она сообщает донорам о том, сколько выделенных ими денег будет израсходовано), внедрения, мониторинга (например, позволяет сравнивать реальные издержки с запланированными бюджетом) и оценки.

Смета должна отражать стоимостные показатели, относящиеся к ресурсам, указанным в разделе «Определите необходимые ресурсы». Составлять ее нужно очень внимательно: если у вас нет достаточного количества средств, вы, возможно, не сумеете выполнить некоторые намеченные работы, а если вы установите некоторые параметры слишком высокими, доноры могут отказаться от финансирования программы.



Таблица 3. Пример логической схемы для компонента «Здоровье»

Краткое изложение	Индикаторы	Источники верификации	Допущения
Цель	Инвалиды получают максимально достижимый уровень здоровья	Показатели смертности и заболеваемости среди инвалидов снижаются на Х%	Напр., статистика местных медицинских центров
Задача	Инвалидам доступны те же медицинские объекты и услуги, что и другим членам общины	Число инвалидов, посещающих местные медицинские центры, к концу года Х возрастает на Х%. Х% инвалидов весьма удовлетворены работой местными медико-санитарных служб	Имеются местные правительственные медицинские службы
Результаты	1. Инвалиды получают лучшее представление о своем здоровье и начинают активно укреплять его	Х% инвалидов к концу года Х активно участвуют в местных группах самопомощи	Напр., журналы присутствия, наблюдения, сообщения инвалидов и их семей
2. Сектор здравоохранения расширил знания об инвалидности	Число людей с вторичным режимом условий уменьшилось к концу года Х на Х%	Процент медработников, посещающих курсы обеспечения равенства инвалидов на конец года Х	Местные государственные медицинские центры обладают адекватным потенциалом
3. Физические барьеры внутри оздоровительных центров уменьшены	Процент местных медико-санитарных служб, физически доступных к концу года Х	Напр., проверка медицинских объектов, программы	Инвалиды используют полученную информацию для посещения медико-санитарных служб
Действия (мероприятия)	1.1. Информирование инвалидов о местонахождении медицинских объектов и служб	Необходимые ресурсы	Инвалиды имеют мотивы присоединиться и возглавить группы самопомощи
1.2. Формирование групп самопомощи по конкретным вопросам здоровья	Кадровые ресурсы	Здесь приводится стоимость всех необходимых ресурсов	Медицинские работники применяют полученные знания
2.1. Разъяснение работникам местных медико-санитарных служб вопросов инвалидности	Материалы	Министерство здравоохранения выделяет ресурсы для модификации зданий и офисов	Министерство здравоохранения выделяет ресурсы для модификации зданий и офисов
3.1. Проверка медицинских объектов на предмет их физической доступности			
3.2. Встречи с местными руководителями здравоохранения для обсуждения вопросов устранения физических барьеров			

Этап 3. Внедрение и мониторинг

Введение

Третий этап – внедрение и мониторинг – предусматривает введение в действие планов Этапа 2, осуществление в соответствии с графиком всех необходимых мероприятий, которые должны дать требуемые результаты. На стадии внедрения необходимо постоянно наблюдать за прогрессом программы РУО. Мониторинг дает менеджерам информацию для принятия решений и внесения изменений в краткосрочном плане, обеспечивая результативность и в конечном счете достижение цели и решение задач программы. На Этапе 2 должны быть разработаны системы мониторинга, определены индикаторы и источники верификации. В ходе Этапа 3 эти системы мониторинга должны начать функционировать, обеспечивая сбор, регистрацию и анализ данных, составление отчетов и использование информации для управления программой РУО.



Необходимые шаги

Просим учесть, что перечисленные ниже мероприятия не обязательно выполняются в том порядке, в котором приводятся ниже.

Разработайте подробные рабочие планы

Первая часть этапа внедрения заключается в том, чтобы при содействии вашей команды или заинтересованных сторон разработать на базе вашей программы более подробные рабочие планы, которые должны показывать:

- какие конкретные задачи необходимы для выполнения каждого запланированного действия;
- когда должна быть выполнена каждая задача – с указанием даты ее начала и завершения;
- кто отвечает за содействие выполнению каждой задачи.

Полезно обобщить всю имеющуюся информацию по рабочему плану в формате таблицы. Это дает ясную картину или четкие очертания схемы. Обычно применяется формат графика Гантта (3).



Мобилизуйте ресурсы и управляйте ими

Финансовые ресурсы

Привлечение средств. Изыскание финансовых ресурсов имеет большое значение для развития новых программ или продолжения существующих. Финансы для программ РУО могут быть привлечены из многих разных источников. По возможности, акцент должен делаться на общинном финансировании, поскольку это придает программам долговременную устойчивость. Вот некоторые возможные источники финансовых средств в общинах:

- гранты или субсидии местного органа власти;
- дотации и корпоративное спонсорство со стороны местного бизнеса;
- организации гражданского общества, например, «Ротари-клуб», клуб «Лайонс»;
- оплата услуг или пользовательских расходов инвалидами, которые имеют для этого необходимые средства;
- лотереи, общественные, спортивные и иные мероприятия;
- виды деятельности, генерирующие доходы;
- микрофинансирование или револьверные фонды на основе общин.

На местном уровне не всегда возможно изыскать достаточные ресурсы. Тогда для разработки и реализации программ РУО может потребоваться привлечение средств на региональном, национальном или международном уровне.

Финансовый менеджмент. Для управления финансами большое значение имеет установление системы прозрачности. Это позволит сделать программу подотчетной участникам, в том числе финансовым фондам, членам общины и самим инвалидам. В финансовом менеджменте ключевая роль принадлежит менеджеру программы, однако в эту работу могут быть включены и другие стороны, особенно когда программа является обширной и предполагает значительный объем денежных средств. Финансовый менеджмент предусматривает:

- наличие механизма, позволяющего удостовериться, что расходы относятся к видам работ, которые были намечены на стадии планирования или были согласованы с менеджером программы;
- адекватное ведение финансового учета;
- обновление финансовых данных с тем, чтобы они были готовы для текущего использования;
- внедрение механизма сдержек и противовесов;
- регулярное ознакомление всех заинтересованных сторон с финансовым состоянием программы.

Кадровые ресурсы

Набор кадров. Менеджеров и другой персонал программы РУО, по возможности, лучше отбирать из представителей местной общины, поскольку они хорошо знают местную культуру и язык и легче общаются с соотечественниками. Программы должны также серьезно стремиться нанимать инвалидов или членов их семей, так как это свидетельствует об их приверженности принципам РУО (см. компонент «Вводная информация», раздел «РУО сегодня») и способствует расширению прав

и возможностей данной группы населения. Во всех случаях люди должны приниматься на работу на основе их знаний, навыков и деловых качеств. До начала набора кадров необходимо подготовить должностные инструкции, которые обычно содержат описание функций и обязанностей сотрудника и необходимого опыта.

В некоторых программах РУО могут также использоваться добровольцы, особенно если ресурсы ограничены. Их работа не оплачивается, но они получают стимулы и ресурсы, помогающие им выполнять ее. В общине может найтись немало людей, готовых добровольно трудиться для программы РУО, например, инвалиды, члены их семей, студенты, специалисты. Важно оценивать как положительные, так и отрицательные стороны привлечения добровольцев. В частности, обычно они хорошо знают местную жизнь и выгодны с точки зрения рентабельности, но при этом часто ограничены во времени, поэтому среди них наблюдается высокая текучесть.

Обучение. Для выполнения своих функций и обязанностей менеджерам и персоналу программ РУО требуются широкие знания и навыки (см. также Этап 1, раздел «Анализ заинтересованных сторон»). Осуществленная в последнее время разработка матрицы РУО (см. компонент «Вводная информация», раздел «РУО сегодня») и «Руководства по РУО» будет способствовать появлению новых потребностей в обучении. Программам РУО могут понадобиться обновление или развитие существующих учебных программ либо разработка новых инициатив в этой области.

В мире существует широкий спектр учебных программ РУО как для менеджеров, так и для персонала. Они различны по содержанию и продолжительности и организованы различными структурами. Так, в ряде стран высшие учебные заведения предлагают дипломированные курсы для персонала РУО, а в других странах программы подготовки могут не иметь аккредитации и длиться всего несколько недель или месяцев.

Обучение работников для участия в программах РУО имеет целью повысить потенциал предоставления высококачественных услуг инвалидам и членам их семей. Обучение может охватывать широкий круг направлений, в том числе: права инвалидов, развитие общины и практику инклюзии, общение, базовые навыки реабилитации (например, выявление нарушений, общее обследование и оценку, базовую терапию) и групповые процедуры (например, формирование групп самопомощи).

При разработке учебных планов курсов для персонала РУО необходимо внимательно продумать их содержание. Часто случается, что они основываются на программах, предназначенных для профессионалов в области реабилитации, например, для физиотерапевтов или специалистов по трудотерапии. В результате такие курсы нередко становятся малополезными и нереалистичными, поскольку основное внимание на них уделяется



повышению клинических и технических знаний высококвалифицированных специалистов, а не обучению навыкам, необходимым для развития общин.

Подготовка менеджеров программы РУО направлена на развитие потенциала эффективного и продуктивного управления мероприятиями в рамках этих программ. Необходимо, чтобы менеджеры программ были знакомы с четырьмя ступенями цикла управления, которые имеют важнейшее значение для успеха программ. От них также требуется понимание вопросов инвалидности и стратегии РУО.

ВСТАВКА 9

Соломоновы Острова

Профессиональное обучение с целью улучшения медико-санитарной помощи

В 2010 г. Колледж высшего образования Соломоновых островов начал обучение специалистов в области реабилитации на уровне общины на базе стратегии РУО с выдачей диплома. Цель этой меры – снабдить выпускников знаниями и навыками, необходимыми для осуществления стратегий РУО на уровне административной единицы. Этот двухлетний курс охватывает следующие области:

Навыки оказания медицинской помощи инвалидам на дому – знания о видах инвалидности и практические навыки в области физиотерапии, трудотерапии и логопедии;

Реабилитация в условиях общины – умение работать с общиной, в том числе оказывать ей помощь в понимании инвалидности и обеспечении равных возможностей для инвалидов;

Развитие общины – умение инициировать проекты на уровне общины и формировать группы, способствующие решению проблемы инвалидности;

Практическое применение навыков РУО – реальное использование полученных знаний и навыков в работе с жителями общины

По завершении курса выпускники, как ожидается, будут обладать достаточными знаниями и умениями для работы в отделе РУО Министерства здравоохранения и медицинских услуг в качестве полевых сотрудников или ассистирующих терапевтов при больницах. Помимо здравоохранения, потенциальными сферами их работы, как считается, могут быть система образования и неправительственные организации.

Повышение квалификации кадров, поддержка и текущее руководство. Повышение квалификации (например, текущая переподготовка) позволяет менеджерам и персоналу РУО поддерживать знания на должном уровне и при необходимости обновлять их. Нередко в местных общинах имеются ресурсы, которые можно использовать для непрерывного образования, – например, действующие учебные курсы, учебные материалы из других организаций, эксперты в соответствующих областях.

Некоторые программы РУО не приносят успеха, потому что им не удается обеспечить достаточный уровень поддержки и текущего руководства персоналом.

Сотрудники – это главная опора программ РУО, поэтому руководители должны добиваться того, чтобы их сотрудников видели, слышали и чтобы им помогали. Поддержка и непосредственное руководство предусматривают создание ясных каналов общения, обеспечивающих знание персоналом своих задач и обязанностей, и проведение регулярных обсуждений результатов работы. Важно, чтобы менеджеры предупреждали возникновение «синдрома эмоционального выгорания» сотрудников, который может развиваться, когда кто-то из них взваливает на себя слишком большой объем работы или в течение долгого времени трудится слишком интенсивно.

ВСТАВКА 10

Папуа – Новая Гвинея

Укрепление доверия к персоналу программ РУО и повышение его статуса

В Папуа – Новой Гвинее после окончания краткосрочных учебных курсов сотрудники программ РУО обладают необходимыми знаниями и навыками для проведения скрининга детей по поводу утолщения пальцев ног и взрослых по поводу катаракты, и затем выдают им направления к специалистам для прохождения необходимого лечения. Эти вмешательства оказались очень успешными для людей с указанными нарушениями и членов их семей, что содействовало повышению статуса работников программ РУО в общинах, а также росту доверия к ним.

Выполняйте запланированные мероприятия

Менеджер программы должен быть хорошо знаком с рабочими планами и уметь организовать необходимую подготовительную работу, чтобы все мероприятия были выполнены так, как это запланировано. Здесь мы не приводим подробного описания мероприятий РУО, поскольку они включены в отдельные брошюры (см. компоненты 2 – 6), а также в дополнительный буклет⁷.

Эти мероприятия обычно осуществляются в следующих областях.

Информирование

Цель ознакомительных мероприятий, проводимых в рамках РУО, – предоставить основным заинтересованным сторонам информацию и знания о проблемах инвалидности и таким образом способствовать изменению психологических установок и поведения. Они также осуществляются для усиления поддержки стратегии и программ РУО и привлечения заинтересованных сторон.



Координация и создание сетей сотрудничества

Меры по координации и созданию сетей сотрудничества нужны для развития хороших отношений и партнерств с участниками программ РУО. Они имеют большое значение для обмена знаниями и ресурсами, предотвращения дублирования, а также для мобилизации усилий общин.

Учет вопросов инвалидности в других сферах деятельности

Меры по учету вопросов инвалидности в других сферах деятельности обеспечивают инвалидам полноправное участие и поддержку в каждом секторе развития, например, в области здоровья, образования, самообеспечения и социальных услуг. Меры по учету вопросов инвалидности в других сферах деятельности сопровождаются конкретными действиями, например, предоставлением соответствующих приспособлений для обеспечения доступа к равным возможностям.

Предоставление услуг

Каждая программа РУО имеет свой собственный набор оказываемых услуг, определяемый разделами матрицы, на которые они опираются. Многие виды деятельности, связанные с предоставлением услуг, осуществляются персоналом программ РУО. Они могут варьироваться в широком диапазоне – от выявления инвалидов и направления их в основные специализированные службы до проведения первичной реабилитации и предоставления простых вспомогательных приспособлений.

Адвокатирование

В прошлом программы РУО игнорировали это направление деятельности, сосредоточив основное внимание на предоставлении инвалидам услуг. Существует много разных форм адвокатирования, которые могут использоваться для предоставления инвалидам равных возможностей и прав в сферах здоровья, образования, самообеспечения и социальных услуг, а также в других аспектах жизни общины.

Создание потенциала

Создание потенциала ключевых заинтересованных сторон гарантирует, что они получат адекватные знания и умения для того, чтобы осуществлять свои функции и обязанности (см. также Этап 1 «Анализ заинтересованных сторон»). Одним из путей создания такого потенциала является обучение, которое рассматривается в качестве необходимой меры во всех разделах «Руководства». Не все заинтересованные стороны нуждаются в одном и том же типе или уровне обучения: оно должно базироваться на ожидаемой роли, ответственности и вытекающих из этого потребностях каждого. Некоторым заинтересованным сторонам может быть достаточно коротких симпозиумов, семинаров или брифингов, чтобы информировать их о проблеме инвалидности и дать общее представление о стратегии РУО. Другим, возможно, потребуются специализированные учебные программы.

Программы РУО должны выявлять существующие в общине учебные программы, чтобы сохранять и приумножать их возможности. Для проведения учебных

мероприятий можно привлекать государственные учреждения, ведущие организации в области развития и неправительственные организации, специализирующиеся на вопросах инвалидности. Важно также обучать других тому, как организовывать обучение в области РУО, что позволит обеспечивать постоянное наличие на местном уровне достаточного числа людей с хорошим знанием РУО и умением передавать эти знания другим.

Мониторинг

Что это такое?

Мониторинг – это отслеживание хода программы. Он включает в себя регулярный сбор и анализ информации на протяжении всего этапа внедрения. Мониторинг является внутренней функцией программы (т. е. осуществляется ее менеджерами и персоналом), помогая инициативной группе определять, что идет хорошо, а что плохо, и вносить необходимые коррективы. Если системы мониторинга внедрены и работают надлежащим образом, это облегчают оценку программы (см. Этап 4 «Оценка»).

Этапы мониторинга

Установление индикаторов. Индикаторы должны быть определены на Этапе 2 «Разработка плана и дизайна».

Принятие решения о методах сбора информации. Решения о том, как осуществлять сбор информации для мониторинга (об источниках верификации), тоже принимаются на Этапе 2.

Сбор и регистрация данных. Для сбора и регистрации информации должны иметься специальные системы. Важно, чтобы они были максимально простыми и предусматривали сбор только тех сведений, которые необходимы. Все сотрудники должны быть обучены тому, как пользоваться этими системами: например, они должны знать, как правильно использовать формы регистрации данных. Неформальные системы тоже могут принести пользу: например, сотрудников РУО могут попросить делать в журналах или дневниках подробные записи о своей работе. Необходимо обеспечить регулярный режим сбора данных. Это можно делать ежедневно, еженедельно, ежемесячно и/или ежеквартально, в зависимости от требований к отчетности программы.

Анализ данных. Собирать и регистрировать информацию зачастую бывает гораздо проще, чем анализировать ее. Однако если менеджеры программы РУО не проводят тщательного изучения полученных данных, они не смогут увидеть прогресс в мероприятиях программы или обнаружить потенциальные проблемы. После анализа информации может потребоваться дальнейшее изучение ситуации, чтобы установить, что на самом деле происходит.

Составление отчетов и обмен информацией. Отчеты перед заинтересованными сторонами о результатах мониторинга и обмен информацией с заинтересованными сторонами свидетельствуют о том, что программа является прозрачной и

подотчетной. Отчеты о мониторинге должны включать в себя сведения об охваченном мониторингом районе деятельности, запланированных на данный период мероприятиях и завершенных работах, выявленном прогрессе в достижении результатов программы, соотношении плановых и реальных расходов, успехах, препятствиях (проблемах) и принятых или рекомендуемых мерах, а также сделанные выводы. Требования к отчетности варьируются в зависимости от структуры управления программой РУО. Так, на местном уровне сотрудники РУО, возможно, будут отчитываться перед менеджером программы еженедельно, а тот – докладывать вышестоящему руководству ежемесячно, и т. д.

Управление информацией: Программа РУО создает большое количество информации – документов, отчетов, переписки, сообщений. Одним из способов управления этим массивом данных является эффективная файловая система, которая экономит время и предупреждает непонимание в ходе мониторинга. При сборе конфиденциальной информации необходимо обеспечить ее безопасное хранение.

Этап 4. Оценка

Введение

Заключительный этап цикла управления – оценка – предусматривает оценку результатов продолжающейся или завершившейся программы РУО. Он позволяет определить, были ли достигнуты конечные результаты, намеченные планом программы (см. Этап 2 «Разработка плана и дизайна») и как изменилась исходная ситуация (см. Этап 1 «Анализ ситуации»). Оценка может привести к принятию решения о продолжении, изменении или приостановке программы, а также дать важное подтверждение того, что РУО является хорошей стратегией для выравнивания возможностей, сокращения бедности и обеспечения социальной инклюзии инвалидов.

Некоторые менеджеры программ РУО могут проявлять озабоченность в отношении проведения оценки, опасаясь, что будут выявлены их ошибки и слабости. Поэтому важно понимать, что ни одна программа не проходит абсолютно гладко и что даже самые успешные инициативы сталкиваются в процессе осуществления с теми или иными трудностями. Успешные программы должны учитывать эти проблемы, извлекать из них уроки и использовать эти знания при планировании будущих мероприятий.

Многие считают проведение оценки трудным делом, потому что в пособиях зачастую приводятся очень сложные описания различных подходов и методов. В результате многие сотрудники РУО полагают, что для проведения оценки нужно быть экспертом в этой области. Однако при надлежащем уровне планирования и подготовки простые оценочные действия дают массу полезной информации.



Оценка

Что такое оценка?

Оценка означает не что иное, как определение некоторых итогов работы. Релевантность, эффективность, производительность, воздействие и устойчивость программы являются основными параметрами, которые надлежит рассматривать при проведении оценки. Благодаря ее проведению сотрудники программ РУО могут извлечь уроки из своего опыта и применить полученные выводы для улучшения текущей деятельности и совершенствования планирования на основе тщательного отбора альтернатив для будущих действий.

Кто выполняет оценку?

Оценка может производиться на внутренней основе сотрудниками программы РУО (собственная оценка) или выполняться независимыми внешним лицом либо агентством (внешняя оценка). Каждая схема имеет свои плюсы и минусы, поэтому подходы к оценке варьируются от программы к программе. В идеальном случае она проводится на основе сочетания обоих вариантов.

Когда надо производить оценку?

Оценка отличается от мониторинга тем, что не осуществляется постоянно. Ее выполняют только на определенных этапах цикла – например, при реализации половины программы, либо сразу по ее завершении, либо некоторое время спустя (например, через два года).



Этапы оценки

Метод проведения оценки программы РУО зависит от того, что именно оценивается, кто попросил об этом и кто выполняет эту работу. В целом процесс включает в себя следующие шаги:

Определите предмет оценки

Первый шаг предусматривает определение предмета оценки, т. е. принятие решения о том, для чего проводится оценка (какова ее цель) и на какие вопросы она должна ответить.

Невозможно, чтобы одна оценка проанализировала все аспекты программы. Поэтому необходимо внимательно продумать ее цель. Она может:

- определить, способны ли сотрудники РУО полностью выполнять свои функции и обязанности, что позволит решить, нужно ли им дополнительное обучение;
- оценить, какие мероприятия выполнены наилучшим образом; это позволит определить, какие элементы программы следует продолжать или, напротив, прервать;
- установить, имеет ли программа запланированный эффект, чтобы решить, стоит ли воспроизводить данную стратегию повсеместно;
- определить, были ли ресурсы потрачены надлежащим образом, были ли достигнуты результаты и выполнены последующие этапы, что поможет принять решение относительно будущего программы.

Когда цель оценки подтверждена, можно перейти к формулированию вопросов, на которые нужно получить ответы. Эти вопросы обычно не так просты, чтобы на них можно было просто ответить «да» или «нет». Интерес могут вызывать разные аспекты, касающиеся релевантности, эффективности, производительности, воздействия и устойчивости программы (см. Табл. 4 «Компоненты оценки»).

Таблица 4. Компоненты оценки

Релевантность	Отвечает ли программа потребностям инвалидов, членов их семей и общины?
Эффективность	Наилучшим ли образом использовались ресурсы (человеческие, финансовые и материальные)?
Продуктивность	Достигла ли программа свои результатов в плане качества, количества и сроков?
Воздействие	Была ли достигнута более широкая цель? В каких аспектах изменила программа жизнь инвалидов и их семей? Какой эффект оказала на членов общины в плане их поведения и отношения к инвалидам?
Устойчивость	Способна ли программа продолжаться при сокращении или прекращении внешней поддержки?

Соберите информацию

Второй шаг предусматривает определение наилучшего пути получения ответов на вопросы оценки; при этом следует подумать о следующем:

- **Кто может предоставить нужную информацию?** Очень полезными источниками информации являются заинтересованные стороны программы. Сведения можно получать от инвалидов и членов их семей, других общинных программ, местных органов власти (например, национальных бюро по статистике) и т. д. Полезными источниками могут также быть сотрудники программ РУО и другие специалисты, поскольку обычно они ведут записи о своей работе и делах, а также о достигнутых результатах.
- **Как информация может быть собрана?** Существует много разных способов сбора данных, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки. Для получения информации, необходимой для оценки, обычно применяют несколько методов (см. Табл. 5 «Методы сбора данных»).
- **Когда следует собирать информацию?** Сбор сведений можно производить на разных этапах. Сведения, полученные до начала программы, формируют исходный массив данных (см. Этап 1 «Анализ ситуации»). Исходные данные важны при измерении воздействия программы РУО: если ситуация до начала ее выполнения неизвестна, то будет затруднительно определить какой-либо ее эффект. Сведения можно также собирать в ходе реализации программы (см. Этап 3 «Мониторинг») или в конце этого процесса.



Таблица 5. Методы сбора данных

Метод	Качественный	Количественный	Общая задача (цель)
Анкетирование	X	X	Получить информацию по ряду намеченных и тщательно сформулированных вопросов от инвалидов, их родителей и других ключевых заинтересованных сторон.
Индивидуальная оценка	X	X	Определить нынешний уровень благосостояния, здоровья, повседневной деятельности и пр. Результаты могут быть сопоставлены с данными исходных тематических исследований.
Опросы		X	Оценить изменения в поведении и качестве жизни (желательно сравнить с исходными данными).
Изучение документов	X	X	Понять, какие административные меры лежат в основе программы и как она действует (например, провести обзор политики, нормативных правовых актов, процедур, а также финансового и административного управления).
Изучение записей		X	Получить представление о количестве и характеристиках клиентов, достигнутом прогрессе, проведенных вмешательствах, соотношении результатов с исходными данными, загрузке специалистов по реабилитации и др.
Интервью	X		Лучше понять взгляды, впечатления и опыт конкретных людей или уточнить их ответы на вопросы анкеты
Наблюдение	X	X	Получить точную информацию о том, как фактически работает программа, особенно в аспекте процессов и взаимодействий.
Фокус-группы	X		Глубоко изучить вопрос путем проведения групповой дискуссии – напр., о реакции на личный опыт или рекомендацию – для выработки единого мнения по проблемам или конкретным вопросам.

Проанализируйте информацию и сделайте выводы

Собрав данные, вы должны будете осмыслить их. Анализ информации может выявить модели и тенденции, принести неожиданные результаты и помочь определить, дает ли она ответы на вопросы оценки, и если да, то в какой мере. Разные виды информации анализируются разными методами. Так, количественные данные из вопросников, тестов или записей, как правило, рассматривают с использованием статистических методов и программ. Качественные сведения, полученные из интервью или в фокус-группе, обычно анализируют, структурируя и организуя их в соответствии с основными категориями и темами. После анализа информации можно будет сделать выводы и выработать рекомендации о программе.

Поделитесь полученными результатами и примите меры

Проведенная оценка не принесет пользы, если никто не примет мер на основе ее выводов и рекомендаций. Поэтому необходимо отчитаться о ней и поделиться своими выводами и предложениями. Есть много разных способов сделать это: можно выпустить официальный отчет об оценке, представить результаты на собрании членов общины, написать статью для местной газеты, составить описание конкретной ситуации для бюллетеня, распространяемого в других учреждениях, поместить статью в научном журнале или представить материал на конференции. После проведения оценки необходимо также поразмыслить и уяснить, что оказалось эффективным, а что нет; что вы делали правильно, а что неправильно. Результаты оценки должны повлиять на принятие решений, касающихся различных аспектов программы: какие из них следует продолжать, какие изменить или прекратить, какая положительная практика может быть расширена и к каким новым сферам и приоритетам общины надо будет обратиться.

Примечания

1. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004)*. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 March 2010).
2. *Конвенция о правах инвалидов*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2006. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml, дата доступа: 18 июня 2010 г.).
3. Blackman R. *Project cycle management*. Teddington, Tearfund, 2003 (<http://tilz.tearfund.org/Publications/ROOTS/Project+cycle+management.htm>, accessed 5 May 2010).
4. Australian Agency for International Development. *AusGuideline: 3.3: The logical framework approach*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005 (<http://www.usaid.gov/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf>, accessed 5 May 2010).

Рекомендуемая литература

ARC resource pack: a capacity-building tool for child protection in and after emergencies. London, Action on Rights for Children, 2009 (<http://www.arc-online.org/using/index.html>, accessed 5 May 2010).

Community based initiatives series. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003 (<http://www.emro.who.int/publications/series.asp?RelSub=Community-Based%20Initiatives%20Series>, accessed 5 May 2010).

Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 1994 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf, accessed 5 May 2010).

Cornielje H, Velema JP, Finkenflügel H. Community based rehabilitation programmes: monitoring and evaluation in order to measure results. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):36–49 (<http://www.leprosy-review.org.uk/>, accessed 5 May 2010).

Düring I, ed. *Disability in development: experiences in inclusive practices.* Lyon, Handicap International, 2006 (http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_46088.html, accessed 5 May 2010).

FAO Socio-Economic and Gender Analysis Programme. *Project cycle management technical guide.* Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2001 (<http://www.fao.org/sd/Seaga/downloads/En/projecten.pdf>, accessed 5 May 2010).

Guidance Note 5: Tools for mainstreaming disaster risk reduction – project cycle management. European Commission, 2004 (http://www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN5.pdf, accessed 5 May 2010).

Guidelines for conducting, monitoring and self-assessment of community based rehabilitation programmes: using evaluation information to improve programmes. Geneva, World Health Organization, 1996 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_RHB_96.3.pdf, accessed 5 May 2010).

Handicap International/ Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association (SHIA)/ Swedish Disability Federation (HSO). *A guidance paper for an inclusive local development policy.* Make Development Inclusive, 2009 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 5 May 2010).

Helander E. *Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation*, 2nd ed. New York, United Nations Development Programme, 1999 (<http://www.einarhelander.com/books.html>, accessed 5 May 2010).

Make development inclusive: how to include the perspectives of persons with disabilities in the project cycle management guidelines of the EC – concepts and guiding principles. Make Development Inclusive (undated) (<http://www.inclusive-development.org/cbmtools/>, accessed 5 May 2010).

Managing the project cycle. Network Learning, 2009 (http://www.networklearning.org/index.php?option=com_docman&Itemid=52, accessed 5 May 2010).

Manual project cycle management. European Commission Directorate-General for Humanitarian Aid (ECHO), 2005 (http://ec.europa.eu/echo/files/about/actors/fpa/2003/guidelines/project_cycle_mngmt_en.pdf, accessed 5 May 2010).

McGlade B, Mendorza VE, eds. *Philippine CBR manual: an inclusive development strategy.* Bensheim, CBM/ National Council on Disability Affairs (NCDA), 2009.

Ojwang VP, Hartley S. *Community based rehabilitation training in Uganda: an overview.* (<http://www.asksource.info/cbr-book/cbr04.pdf>, accessed 5 May 2010).

Shapiro J. *Monitoring and evaluation.* Johannesburg, World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS) (undated) (<http://www.civicus.org/new/media/Monitoring%20and%20Evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

Thomas M. *Evaluation of CBR programmes* (<http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/workshop95/CBR%20evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

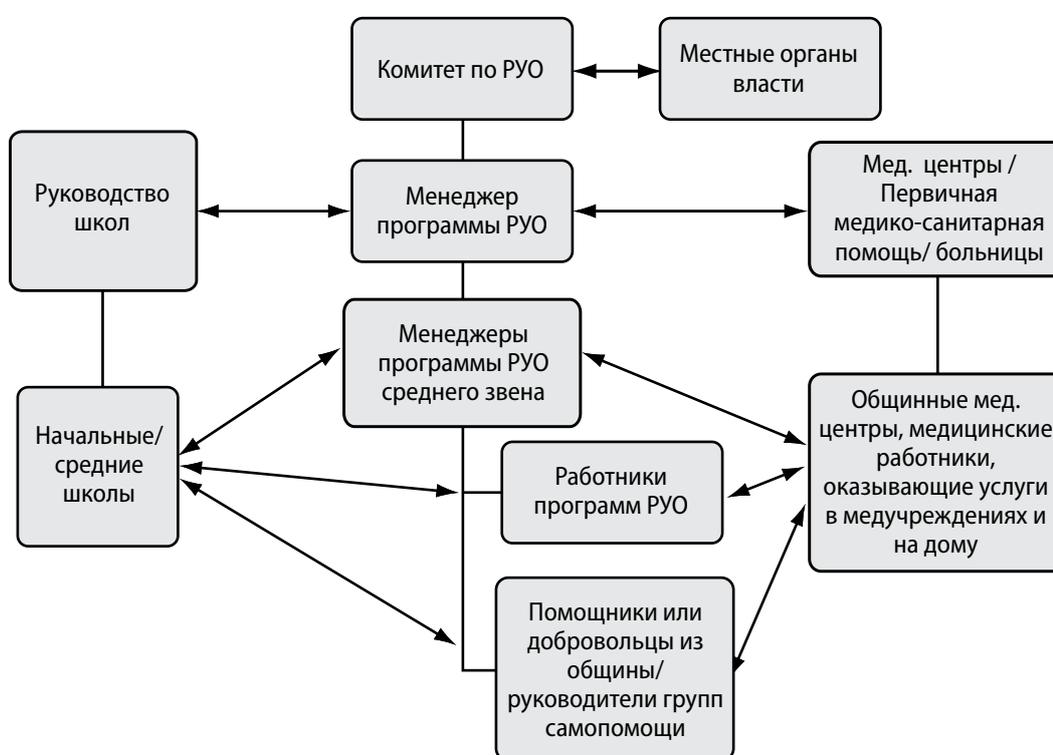
Thomas M, Thomas MJ, eds. *Manual for CBR planners*. Bangalore, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group, 2003 (http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/Manual%20for%20cbr_planners.pdf, accessed 5 May 2010).

WWF standards of conservation project and programme management. WWF, 2007 (http://www.panda.org/what_we_do/how_we_work/programme_standards/, accessed 5 May 2010).

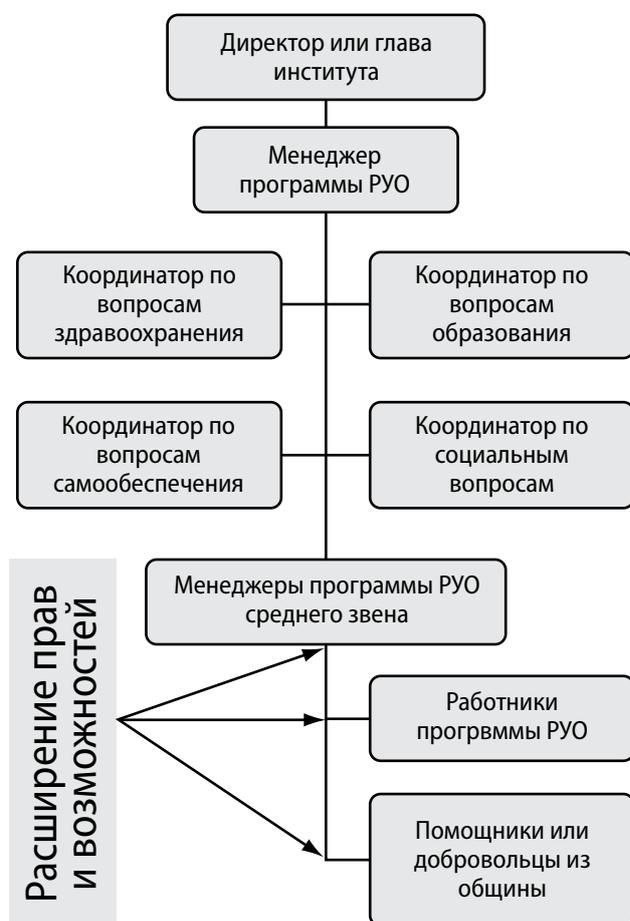
Zhao T, Kwok J. *Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific/ Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Persons 1993 -2002/ Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region, 1999 (<http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents>, accessed 5 May 2010).

Приложение. Примеры структур управления программами РУО

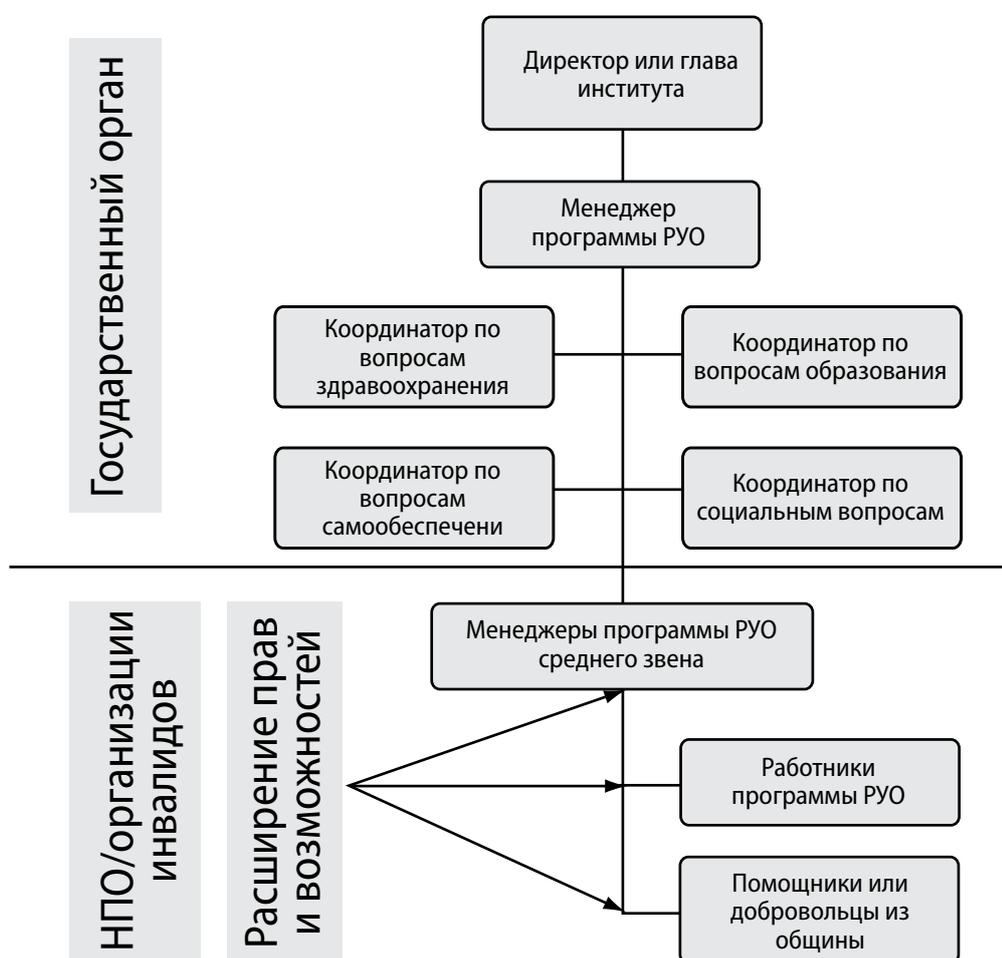
Программа РУО на местном уровне



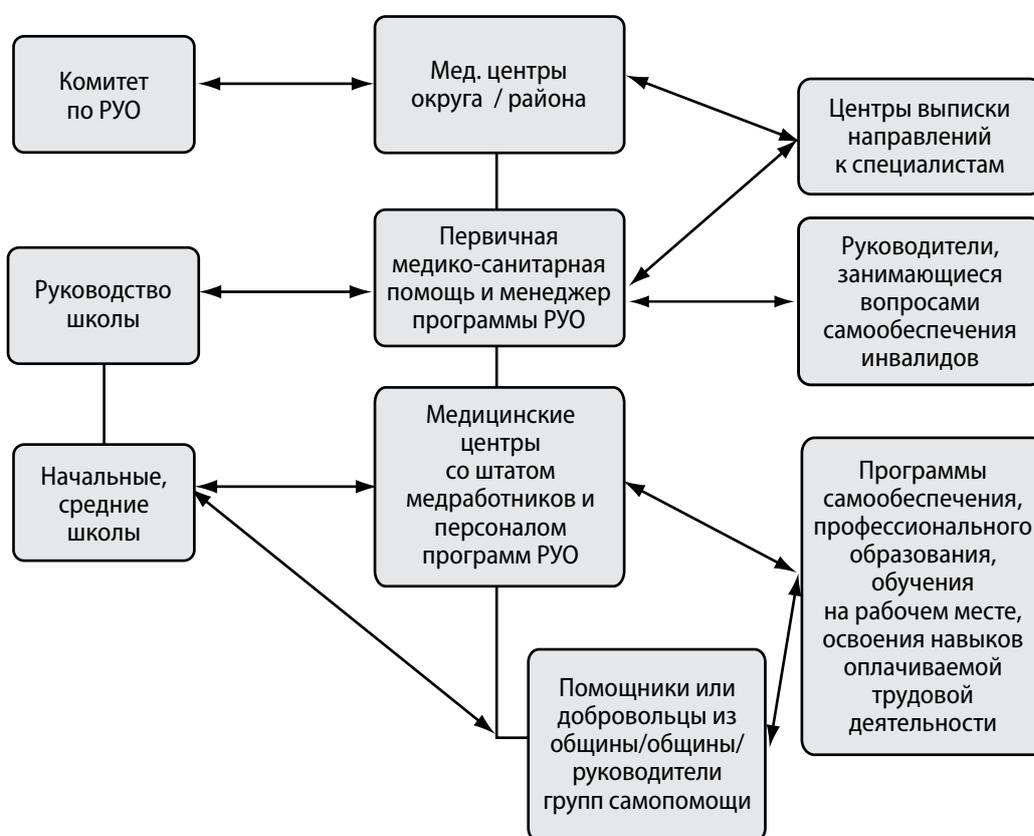
Программа РУО местного органа власти или НПО на уровне округа/района



Программа РУО на основе государственно-частного партнерства



Программа РУО Министерства здравоохранения



МАТРИЦА РУО



ISBN 978 92 4 454805 9



9 789244 548059

Всемирная организация здравоохранения

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

Телефон: + 41 22 791 21 11

Телефакс: + 41 22 791 31 11