

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ИМЕНИ МИТРОПОЛИТА  
МОСКОВСКОГО И КОЛОМЕНСКОГО МАКАРИЯ (БУЛГАКОВА)  
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ  
ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Выпускная квалификационная работа  
обучающегося по направлению подготовки 39.03.02 Социальная работа  
заочной формы обучения, группы 87001552  
Тютюнниковой Оксаны Александровны

Научный руководитель:  
Ст. преподаватель кафедры  
социальной работы  
Свищёва И.К.  
Рецензент:

БЕЛГОРОД 2018

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы исследования.** Во всем мире и в России в том числе отмечается неуклонный рост числа инвалидов. Статистика инвалидов в мире составляет 23% от всего населения планеты. Это примерно более 1 миллиарда людей. По данным ВОЗ каждый год число инвалидов увеличивается. На первое января 2017 года в Российской Федерации статистика инвалидов насчитывала около 15 млн. человек. Это примерно каждый десятый житель России. Самый большой процент граждан с ограниченными возможностями наблюдается в Белгородской, Ленинградской, Московской, Рязанской областях, а также в Чеченской Республике.

Комплексная реабилитация инвалидов в Российской Федерации занимает центральное место в системе мер их социальной защиты и направлена на создание для инвалидов равных возможностей в различных сферах их жизнедеятельности. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ в новой редакции указывает, что к компетенции федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов относится «утверждение и финансирование Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду», а механизмом организации, установленных государством, реабилитационных мероприятий, являлась индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР). Актуальная на сегодняшний день новая форма индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) была утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 июля 2015 года № 528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации человека с инвалидностью,

выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»[]].

ИПРА должна совершенствоваться в направлении ее личностного содержания и полноценная реализация рекомендованных мероприятий ИПРА возможна только при активном участии самого инвалида. Суть реабилитации состоит в том, что это не только предупреждение и устранение заболеваний, но раскрытие всех потенциалов здоровья как социального качества человека. Таким образом, актуальность темы дипломного исследования обусловлена целым рядом обстоятельств, к числу которых мы отнесли следующие:

- рост числа инвалидов в Российской Федерации, проблемы комплексной реабилитации которых должно решать общество наиболее оптимальным образом;

- развитие комплексной реабилитации как системы мероприятий различного рода и вида, направленной на устранение или более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья или стойким расстройством функций организма, поддерживаемой государством в соответствии с Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в РФ», ст.9;

- в настоящее время назрела необходимость объективного исследования проблемы ИПРА как механизма комплексной реабилитации инвалидов, как одного из важнейших путей и способов социального решения проблемы инвалидности в целом.

В связи с этим весьма актуальной остается проблема методологии ИПРА инвалида.

**Степень научной разработанности проблемы.** Отдельные аспекты реабилитации инвалидов исследовались многими зарубежными и отечественными учеными. Ученые-медики О.С. Андреева, А.А. Дыскин, Д.И. Лаврова, А.И. Осадчих и многие другие, занимающиеся проблемой медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, продолжают

исследовать реабилитацию в аспектах медико-социальной диагностики и процесса утраты трудоспособности и инвалидности. Так П.Д. Павленок, А.М. Панов, Е.А. Сигида, Н.С. Слепцов, Е.И. Холостова, М.В. Фирсов в теории и практике социальной работы рассматривают реабилитацию, как вид социальной деятельности.

Ученые Т.А. Заяц, К.В. Корсак, М.М. Костаков, Ю.М. Краснов, Г.И. Купалова, Е.М. Либанова, В.Ф. Машенков, И.С. Маслова, Н.А. Павловская, В.А. Савченко, М.В. Шаленко посвятили свои труды социальной защите молодежи с недостатками развития. Т.И. Евтухова, И.С. Иванова, А.И. Капская, В.О. Ляшенко, П.А. Таланчук, В.В. Тесленко, А.Н. Шевцов разрабатывали технологии социальной защиты, реабилитации и адаптации людей с особыми потребностями.

Проблемами оценки нуждаемости инвалидов в реабилитационных мероприятиях и технических средствах реабилитации занимались О.С. Андреева, Ю.И. Захарченко, А.И. Осадчих, Л.Н. Чикина и другие ученые.

**Объектом исследования** является комплексная реабилитация инвалидов.

**Предметом исследования** является индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида.

**Цель исследования** – раскрыть сущность индивидуальной программы реабилитации и абилитации как механизма комплексной реабилитации инвалида и предложить пути ее совершенствования.

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

- 1) определить место реабилитации в теории инвалидности;
- 2) раскрыть роль и возможности индивидуальной программы реабилитации и абилитации в комплексной реабилитации инвалида;
- 3) по результатам проведенного исследования сделать выводы о характере реабилитации инвалидов в современном российском обществе и

роли ИПРА и предложить рекомендации по формированию активного участия инвалидов в разработке ИПРА.

**Теоретико-методологической основой исследования** стали труды отечественных и зарубежных социологов, ученых, работающих в области реабилитации, в том числе в сфере медико-социальной экспертизы инвалидов, занимающихся проблемой оценки нуждаемости инвалида в реабилитационных мероприятиях О.С. Андреевой, Н.А. Горбуновой, А.А. Дыскина, Н.Ф. Дементьевой, Д.И. Лавровой, Л.Т. Латышевой, Н.Н. Малофеева, А.И. Осадчих, Л.М. Шипициной и многих других.

Базовое значение имели труды теоретиков в области системного подхода и структурно-функционального анализа (Т. Парсонс, Р. Мертон); теорий социальной нормы, адаптации и отклонений (Э.Дюркгейм); теорий социального взаимодействия (А. Шюц, Э. Гуссерль, Л. Гумплович); концепции гуманистической психологии в контексте теории самоактуализации (А. Маслоу); теории инвалидности (Е.Р. Смирнова-Ярская).

Исследование проводилось с использованием **методов** системного анализа; анализа специальной литературы, статистических источников и официальных документов; изучения документов учреждения медико-социальной экспертизы; телефонного опроса; контент-анализа записей бесед с инвалидами; экспертного опроса и статистической обработки результатов опросов экспертов и инвалидов.

**Эмпирическую базу исследования** составили: данные государственной и региональной статистики; данные об инвалидах и тенденциях развития инвалидности и реабилитации, раскрывающихся в государственных докладах «О положении инвалидов в Российской Федерации» и отчетах МСЭ за 2016 и 2017 годы; нормативно-законодательная база Российской Федерации по вопросам инвалидности и реабилитации инвалидов; результаты проведенного автором в декабре 2017 и марте 2018 года опроса инвалидов, для которых была разработана

индивидуальная программа реабилитации и абилитации; результаты изучения реабилитационных потребностей инвалидов г. Белгорода; результаты выборочного обследования документов (в частности, ИПРА) главного бюро МСЭ **травматологического** профиля г. Белгорода, март-апрель 2018 года; результаты изучения документов, фиксирующих ход реабилитационных процессов, и мнения инвалидов о результатах проведенных реабилитационных мероприятий.

**Теоретико-практическая значимость исследования** определяется комплексным характером проведенного исследования; реализацией подхода, при котором ИПРА рассматривается как механизм комплексной реабилитации инвалидов; обоснованием и типологией групп инвалидов в зависимости от их отношения к реабилитационным мероприятиям. Результаты проведенного исследования могут быть применены при разработке ИПРА инвалида; при формировании региональных и индивидуальных программ реабилитации инвалидов; проведении прикладных социологических исследований по проблеме комплексной реабилитации и роли в ней ИПРА; в учебном процессе при подготовке бакалавров и магистров по социальной работе.

**Апробация и внедрение результатов исследования** проводилась в ходе производственной и преддипломной практик на базе **МСЭ**.

**Структура выпускной квалификационной работы.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, заключения и приложений.

## 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

### 1.1. Концептуальные основы комплексной реабилитации инвалидов

Инвалидность представляет проблему каждого общества, в различные этапы его развития, и избежать его не может ни одно общество. Только социальная и экономическая политика каждого государства в отношении инвалидов формируется адекватно его уровню развития, приоритетам и возможностям. Решение проблем инвалидности, в конечном итоге определяется не только пониманием этого социального зла, но и имеющимися у государства экономическими ресурсами. Масштаб инвалидности определяется многообразием факторов – состоянием здоровья нации, развитием системы здравоохранения, уровнем социально-экономического развития, состоянием экологической среды и другими. На это оказывают влияние и исторические и политические причины, такие как: войны, военные конфликты, терроризм.

Все перечисленные факторы в России имеют выраженную негативную направленность, предопределяющую значительное распространение инвалидности в обществе. Количество людей с инвалидностью в Российской Федерации на 2017 год по данным Министерства труда и социальной защиты составила 12 800 000 человек (8,9%). То есть, практически у каждого двенадцатого человека в стране – та или иная степень инвалидности (ограниченные возможности здоровья, ОВЗ). Занятость молодых инвалидов в нашей стране не превышает 15%. Проблему инвалидности российское государство при таких масштабах и процессах игнорировать не может, несмотря на существующие макроэкономические и финансово-бюджетные ограничения.

В своих выступлениях Президент Российской Федерации В.В. Путин неоднократно отмечал необходимость обратить особое внимание на нужды ветеранов, пожилых людей и инвалидов, проявляя заботу персонально о каждом, безотлагательно решать их жизненные проблемы соответствующими ведомствами и службами.

Сегодня остро ощущается необходимость осуществления системного комплексного анализа проблемы инвалидности и инвалидов, что позволит

оценить состояние данной проблемы, понять, какую роль и место инвалидов в современном обществе, определить роль и конфигурацию социальной политики общей социальной парадигме помощи инвалидам в Российском государстве и каким должен быть ее социально-экономический эффект.

Как известно, социальная политика во внутривластическом спектре жизни общества занимает важное место, целью которой является благо человека. Социальная политика тесно связана с экономикой государства. Именно в социальном секторе реализуются основные достижения экономического развития страны.

Впервые толкование понятия «реабилитация» дано фон Бусом в 1903 году в книге «Система общего попечительства над бедными». В это время реабилитация понимается, прежде всего, как предоставление возможности больным и инвалидам трудиться. В то же время в научных исследованиях и в практической деятельности зарубежных служб преобладает идея, гласящая о том, что больной или инвалид, который прошел курс реабилитации, в дальнейшем должен своей деятельностью доказать право на социальную полноценность.

В настоящее время в толкование категории «реабилитация» введено и понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (англ.- healthrelated quality of life). Качество жизни, при этом, рассматривается как интегральная характеристика, на которую ориентируются при оценке эффективности результата реабилитации инвалидов.

Для понимания сути медико-социальной реабилитации и направленности реабилитационных воздействий имеет принципиальное значение правильное представление о последствиях заболевания или травмы.

Самым оптимальным результатом комплексной реабилитации будет устранение или полная компенсация утраченных возможностей путем проведения восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий. Хотя это не всегда достижимо – нельзя полностью исключить влияние на здоровье и жизнедеятельность существующего анатомического и



физиологического дефекта, когда привычная прежде деятельность невозможна или отрицательно отражается на состоянии здоровья. В этом случае необходимо подготовить человека к таким видам социальной активности, которые будут в наибольшей степени способствовать удовлетворению всех его потребностей.

За последние годы идеология реабилитации претерпела значительную эволюцию. Так если, в 40-е годы главный вектор социальной политики в отношении инвалидов был направлен на их защиту и уход за ними, то с 50-х годов основой этой политики стала концепция социальной интеграции инвалидов, а упор был сделан на их обучении, и обеспечении их техническими средствами реабилитации. Для 70–80-х годов ведущей идеей стала максимальная адаптация окружающей среды под нужды инвалидов, всесторонняя законодательная поддержка инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальное обслуживание и обеспечение условий для трудовой деятельности. Становится очевидным, что система комплексной реабилитации в огромной степени зависит от уровня экономического развития общества [3. С. 7].

Всемирная организация здоровья (ВОЗ) в 1980 году дала определение реабилитации. «Реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, то оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе»[].

Таким образом, *комплексная реабилитация* представляет собой совокупность мероприятий по предупреждению инвалидности в течении заболевания и оказании помощи человеку в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, адекватную способностям при существующим заболевании. Среди прочих медико-социальных мероприятий реабилитация занимает особое место, так как направлена на восстановление не только

функциональности органов и систем организма, но и расширение функциональных возможностей человека в его повседневной жизни после лечения в медицинском учреждении.

Современная концепция комплексной реабилитации инвалидов в своем генезисе начинается с принципов, разработанных и практически примененных в Англии и США во время Второй мировой войны. Наиболее полное и содержательное определение реабилитации было принято на девятом совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран, и гласит - реабилитация есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду [1].

Но на сегодняшний день это определение представляется совершенно устаревшим и не отражающим современные медико-социальные реалии.

В этом определении инвалид выступает не как субъект достижения реабилитационной цели, а объект, на который направлено реабилитационное воздействие, что не соответствует современным представлениям (инвалид – главное действующее начало реабилитационного процесса); «возвращение к общественно-полезному труду» - а если это только частичная реабилитация? Одновременно представляется и понятие «медицинская реабилитация» – «комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма..... (статья 40 Федерального закона 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») [1].

В этом определении понятие восстановительной терапии подменяется понятием «реабилитация», абсолютно неясно как «мероприятия

психологического характера» относятся к деятельности организма, а не человека как личности. Особо надо отметить, что понятия реабилитация, реабилитант в юридическом, социальном, педагогическом и других аспектах соотносятся с понятием человек, а не организм.

Таким образом, возникает необходимость заново систематизировать накопленные знания, разработать новую концепцию, методологию феномена, по названию реабилитация – современную парадигму реабилитации инвалидов [2].

Термин «человек» в контексте реабилитации включает три четко очерченных системообразующих понятий – «организм», «личность», «индивид» (субъект малых социальных групп – семья, учебная и рабочая группы, группа по интересам и т.п.).

Сочетание длительного патологического состояния и необходимость оставаться в жизнедеятельности и определяет социальную недостаточность человека, различные формы и степени био-социо-психологической дезадаптации его. Усиливались и, стабилизируясь, они могут приводить к ограничению жизнедеятельности, а, следовательно, к необходимости их социальной защиты.

Под *социальной недостаточностью* понимается ограничение возможностей деятельности человека вследствие болезни или дефекта в обычных жизненных ситуациях, не достигающих степени ограничения жизнедеятельности. Поэтому, объектом реабилитации является не только инвалид, но и «человек болеющий».

Так для инвалида вероятность практического выздоровления невелика, следует усилить акценты деятельности всех субъектов реабилитации - врачей, психологов и социальных работников на уменьшение социальной недостаточности больного. Понятие социальной недостаточности включает три составляющие: биологическую, социальную и психологическую недостаточности

Поскольку в реабилитации человек, имеющий болезнь или дефект, выступает как субъект деятельности, направленной на преодоление биологической, социальной и психологической недостаточности, он концептуально и методологически может быть представлен как синтез трех составляющих: организм, личность, индивид.

Понятие «организм» определяет биологическую сущность человека, в ней «протекает» патологический процесс. Понятие «личность» включает в себя устойчивый психический облик человека, который имеет патологию. Понятие «индивид» определяет человека как активного члена микро-групп (семья, учебная или рабочая группа, группа по интересам, референтная группа и т.д.), который испытывает недостаточность из-за наличия патологического процесса.

С этих позиций и надо определять базовые понятия: болезнь, патологический процесс, диагноз, реабилитация, реабилитационный потенциал, индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

*Болезнь (дефект)* - расстройство социо-био-психологического гомеостаза человека вследствие патологического процесса, который ведет к социальной недостаточности и (или) к ограничению жизнедеятельности.

Под *реабилитацией* понимается расширение в типичных жизненных ситуациях жизнедеятельности человека, который имеет болезнь (дефект), посредством комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий [5].

Очевидно, что в одних случаях ведущим будет являться медико-биологический аспект, а в другом - социальный или психологический аспекты. Термин «медико-биологический» более корректный, чем термин «медицинский», так как при восстановительной терапии (воздействие на организм) необходимо учитывать пол, возраст, генетико-конституциональные особенности, а не только патогенез какого-либо заболевания.

Используя «расширение» показываются два возможных варианта достижения цели реабилитации - полной или частичной.

Словосочетание «типичные жизненные ситуации» раскрывают основные направления реабилитации (расширение во всех категориях ограничения жизнедеятельности: в семье, в воспитании детей, интимной жизни т.п.).

Понятие «комплекс медико-биологических, социальных и психологических мероприятий...» - показывает значимость системного подхода к реализации цели реабилитации.

Реабилитация, представляя из себя процесс проходит ряд этапов, на различных этапах формулируется конкретная реабилитационная цель.

Реабилитационную программу реализует сам человек-реабилитант.

Реабилитация, являясь активной формой деятельности человека, имеющего дефект, имеет свой инструмент – индивидуальную программу реабилитации – которая проходит через личность самого реабилитанта.

Успешность реализации целей и задач реабилитации зависит от постановки интегративного *реабилитационного диагноза*, включающего три компонента:

- медико-биологический реабилитационный диагноз (реабилитационный диагноз организма);
- психологический диагноз - реабилитационный «диагноз» личности (психологический портрет);
- социальный диагноз - реабилитационный «диагноз» индивида, его деятельность в микросоциальных группах (социальный портрет).

В основе реабилитационного диагноза лежит оценка сохранившихся возможностей человека (организма, личности, индивида) для достижения целей реабилитации.

Таким образом, информация о человеке, который реабилитируется, обусловлена системным подходом посредством интеграции трех реабилитационных диагнозов: медико-биологического, социального и

психологического. Синтез трех реабилитационных диагнозов позволяет определить реабилитационный потенциал инвалида.

Следовательно, реабилитационный потенциал инвалида, также должен оцениваться по этим трем критериям:

- реабилитационный потенциал организма;
- реабилитационный потенциал индивида, т.е. члена малых социальных групп, в которых происходит процесс реабилитации;
- реабилитационный потенциал личности.

Под *реабилитационным потенциалом инвалида*, понимаются его возможности (медико-биологические, социальные, психологические) нивелировать, уменьшить или компенсировать социальную недостаточность и (или) ограничение жизнедеятельности.

Реабилитационный потенциал организма включает:

- биоэнергетический реабилитационный потенциал (физическое состояние органов и систем, непосредственно не участвующих в патогенезе основной дезадаптирующей патологии, а также их способность выдерживать «натиск» медико-биологического аспекта реабилитации, воздействие предполагаемой фармакологии, оперативного вмешательства, функциональных нагрузок и т.п.);
- генетико-конституциональный реабилитационный потенциал (генетические и конституциональные особенности организма: заболевания родственников, хромосомные сочетания, тип конституции - астенический, пикнический и т.д.);
- организационно-медицинский реабилитационный потенциал (как и где человек сможет реализовать комплекс предлагаемых реабилитационных мероприятий их стоимость, наличие или отсутствие, доступность по времени и т.д.).

Завершающим этапом анализа реабилитационного потенциала организма является интеграция полученных данных и их оценка по шкале: низкий, высокий и средний (умеренный).

Необходимо еще раз подчеркнуть, что при оценке реабилитационного потенциала организма основным является возможность выдержать и реализовать весь комплекс мероприятий в рамках всех аспектов реабилитации и строить индивидуальную программу реабилитации с учетом полученных данных.

Переходя к оценке реабилитационного потенциала индивида, что находит определенное отражение в социальном аспекте реабилитации, необходимо, прежде всего, оценить микросоциальное реабилитационное «поле», в котором инвалид существует.

Под реабилитационным потенциалом индивида понимают возможности, желание и стремление микросоциальных групп (реабилитационное социальное «поле») оказывать содействие инвалиду в реализации ИПР.

Реабилитационный потенциал индивида, существующего и реализующего ИПР в социальном реабилитационном «поле», оценивается по следующим трем аспектам:

нравственно-этический реабилитационный потенциал малой группы (семья, рабочая и учебная группа, группа по «интересам») может быть определен как общее, групповое представление о человеческой, этической значимости ресоциализации человека с ограниченными возможностями. Он обеспечивается повышением его социальной роли, ролевой функции в группе, пониманием и убежденностью группы в компенсаторных возможностях индивида, представлением о роли взаимопомощи членов группы, социально-психологической поддержкой инвалида. Понятно, что эти общие представления и их конкретная реализация базируются на нравственно-этическом потенциале социальных групп, в которых осуществляется деятельность и реализация ИПР.

научно-технический реабилитационный потенциал индивида определяется как конкретная возможность общества в целом и малых социальных групп организовать инвалиду научно-технические и бытовые

возможности, использование которых позволяет расширить его сферы жизнедеятельности (организация рабочих или учебных мест, быта, протеза, «ходунка», костылей, коляски, слухового аппарата и т.д.);

юридический (правовой) реабилитационный потенциал предполагает конкретную защиту прав инвалида, возможность непосредственно реализовать льготы и права через общественные организации, деятельность малых групп, через юридическую защиту, в том числе и в судебном порядке.

Таким образом, оценка социального реабилитационный потенциал индивида предполагает его взаимодействие и помощь в реализации ИПР со стороны социального реабилитационного «поля» - нравственно-этическую, техническую и правовую. При реализации конкретной индивидуальной программы реабилитации, сформированной для инвалида, в одних случаях главенствующее место может занимать медико-биологический аспект, в других социальный, но основой успеха реабилитационного процесса всегда является ее личностный, психологический радикал, поскольку всю «работу» по реализации ИПР проделывает сам инвалид, т.е. необходимо оценить реабилитационный потенциал личности.

Успешность достижения реабилитационных целей опирается на эмоционально-волевой, интеллектуальный и мотивационный реабилитационный потенциал личности [6].

Эмоционально-волевой реабилитационный потенциал личности определяется, прежде всего, как степень энергичности инвалида в достижении конкретных реабилитационных целей. Эмоционально-волевой реабилитационный потенциал личности в основном зависит от типа темперамента и особенностей характера, от состояния эмоций, воли, а также от четкости картины внутренней модели болезни (социальной проблемы).

Интеллектуальный реабилитационный потенциал личности представлен в ситуативной адекватности понимания инвалидом ситуации, создавшейся в результате болезни (дефекта) и путей ее разрешения. Он



зависит от уровня интеллекта и состояния когнитивных процессов, от разработанности и организованности субъектов реабилитации.

Мотивационный реабилитационный потенциал личности – совокупность целей, идеалов, установок, мотивов и потребностей, актуальных для инвалида в ситуации «болезнь - инвалидность», базируется, в основном, на мотивационной сфере личности и системе отношений к себе, к людям, к ответственности в рамках принятия решений. Существенна также роль целенаправленности и адекватности установок на преодоление дискомфорта и фрустрации («копинг-установки») в рамках внутренней модели болезни и внутренней модели социальной проблемы.

В процессе реабилитации у инвалида формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Комплексная реабилитация включает лечение, профилактику, адаптацию к жизни и труду после получения ущерба здоровью, а также – личностный подход к инвалиду. Сегодня в рамках комплексной реабилитации выделяют *медицинскую, социальную и профессиональную* реабилитацию.

Безусловно, реабилитация инвалидов не способна компенсировать инвалидам те страдания, которые выпали на их долю. Система государственных и негосударственных учреждений и организаций по ставит целью помочь инвалидам интегрировать нормальную социальную среду посредством разработки и внедрении образовательных, коррекционно-развивающих, рекреативных и адаптивно-оздоровительных программ, тренингов, создания условий для социального участия.

Достижение этой цели на практике зависит от многих факторов, но прежде всего, как говорят ученые, для этого необходимо, чтобы «общество гуманизировалось настолько, чтобы не только с помощью средств массовой информации – радио, телевидения, печати, но и с помощью действительно

сильной социальной политики последовательно и всесторонне содействовать социальной адаптации и интеграции инвалидов» [2. С. 51].

В настоящее время, например, социально-культурная реабилитация, как компонент комплексной реабилитации инвалидов, остается недостаточно четко скоординированным и научно управляемым процессом, она пока не заняла должного места в социальной и культурной политике нашего государства. Связано это, в большей степени, с межведомственной разобщенностью, так реализация функций социокультурной реабилитации связана с деятельностью учреждений и организаций образования, здравоохранения, культуры, спорта, СМИ, социальной защиты и социального обеспечения и другими, а все эти социальные институты функционально слабо связаны между собой. Помимо этого, ухудшение экономической ситуации в России ограничивает их возможности в поддержании прежнего и без того низкого уровня реабилитационной работы в инвалидной среде [1. С. 6].

Нужно отметить, что в современном обществе очевидна социальная и духовная дискриминация инвалидов, раньше о ней тщательно умалчивали. Пока, к сожалению, в сознании российского общества проблема инвалидов и инвалидности не занимает подобающего места, как в других цивилизованных странах.

По-прежнему, невостребованность обществом труда инвалидов, обеспокоенность их бытом, досугом, принятия инвалида как потенциальной творческой личности, беспокоят только узкий круг специалистов. Отчужденность и замкнутость инвалидов и их семей грозят превратиться в устойчивую внутреннюю установку личности инвалида и передаваться от взрослых к детям.

Все вышеизложенное позволяет подвести некоторые итоги общим концептуальным представлениям комплексной реабилитации инвалидов. Дано определение комплексной реабилитации, уточнено понятие реабилитационного диагноза, созданы «социальный» и «психологический

портреты» инвалида, уточнен реабилитационный потенциал человека, определены основные цели, задачи и этапы комплексной реабилитации.

## 1.2. Особенности разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида

Как говорилось выше, реабилитация в отношении инвалидов является основой социальной политики каждого государства по созданию равных возможностей, цель, которой - восстановление социального статуса, трудоспособности и повышение качества жизни. Проблема комплексной реабилитации одна из 45 научных программ, которые разрабатываются в рамках ВОЗ. Программы комплексной реабилитации инвалидов, предложенные ВОЗ, в настоящее время реализуются в 70 странах мира.

В сентябре 2008 года Россия подписала международную Конвенцию ООН о правах инвалидов, один из первых документов в новом столетии, посвященный правам человека, тем самым признав на государственном уровне важность решения проблемы профилактики инвалидности и реабилитации лиц с тяжелыми нарушениями состояния здоровья и ограничениями жизнедеятельности. На законодательном уровне понятие «реабилитация инвалидов» в России впервые было использовано в Федеральном законе, принятом в 1995 - ФЗ-181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В этом законе «реабилитацию» понимают как систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Таким образом, этот закон следует новым принципам в решении проблем инвалидности с учетом международных подходов, новой стратегии в области социальной защиты инвалидов, провозглашая реабилитацию как основное направление социальной политики в отношении этой категории граждан. Законом было утверждено создание государственной службы медико-социальной экспертизы. Федеральный

закон от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов» ввел и новое понятие «абилитация».

Под *абилитацией инвалидов* понимают систему и процесс формирования у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, которые ранее отсутствовали. Получается, что целью реабилитации инвалидов является полное или частичное восстановление имевшихся ранее способностей, то целью абилитации будет формирование отсутствующих ранее способностей, их надо формировать изначально. Это понятие преимущественно относится к детям.

Система комплексной реабилитации инвалидов представляет совокупность отдельных включает компонентов. Системообразующим компонентом выступает сам инвалид (реабилитант), который нуждается в восстановлении утраченных или нарушенных функций посредством проведения различных мероприятий.

Другим важнейшим компонентом системы реабилитации являются учреждения медико-социальной экспертизы, специалисты, выносящие экспертное решение о признании человека инвалидом, на основании соответствующего анализа, и определяющие потребность в различных видах реабилитации и абилитации в зависимости от имеющихся у инвалида нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма и наличием реабилитационного потенциала, предлагая индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА).

*Индивидуальная программа реабилитации и абилитации* – это комплекс реабилитационных и абилитационных мероприятий, оптимальных для конкретного инвалида, направленных на восстановление или компенсацию утраченных способностей по выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии с его

потребностями, интересами, уровнем притязаний, социальным статусом и реальными возможностями социально-средовой инфраструктуры.

*Индивидуальная программа реабилитации и абилитации* является основным организационно-правовым инструментом, обеспечивающим предоставление инвалидам реабилитационных услуг медицинского, профессионального, социального характера, а также обеспечение техническими средствами и услугами. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации есть стратегия реабилитации и социальной защиты инвалида в реабилитационный период до последующего освидетельствования. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации представляет реабилитационный маршрут инвалида, предлагая определенные виды, формы и объемы реабилитационных услуг, устанавливая сроки проведения, определяя конкретных исполнителей и оценивая результат по конкретным критериям эффективности.

Комплексная реабилитация инвалидов включает комплекс мероприятий медицинского, социального характера и профессиональной реабилитации, а также необходимые для этого технические средства.

*Медицинская реабилитация* связана с осуществлением процесса восстановления нормальной жизнедеятельности организма человека, и компенсации его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания, и включая широкий спектр методов восстановительного лечения, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования. Она – основа для социальной и профессиональной реабилитации. Медицинская реабилитация, заменяя традиционное лечение, расширяет спектр лечебных воздействий на ранних этапах заболевания или травмы для предотвращения прогрессирования заболевания, развития осложнений, тяжелых функциональных нарушений, которые могут привести к наступлению или утяжелению инвалидности. Мероприятия по медицинской реабилитации осуществляются и в специализированных реабилитационных учреждениях

здравоохранения, и в отделениях многопрофильных и специализированных амбулаторных и стационарных учреждений.

*Профессиональная реабилитация* является важным разделом реабилитации инвалидов и представляет собой комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности инвалида, включая профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство.

Зарубежные специалисты считают, что профессиональная реабилитация инвалидов с последующим их трудоустройством экономически выгодна для государства. Согласно оценкам экспертов, в США на каждый доллар, который был вложен в реабилитацию, возвращается девять долларов в форме налоговых поступлений, после трудоустройства инвалидов или их продвижения по службе.

Изменения в социально-экономической жизни, произошедшие в последние годы в России, привели к сокращению трудовой занятости инвалидов примерно с 30 - 35% до 13 -15%. Проблемы в организации трудоустройства и занятости инвалидов, по мнению Л.А. Карасаевой, связаны с целым рядом факторов: ликвидация большинства специализированных предприятий для трудоустройства инвалидов; отсутствие действенной системы квотирования рабочих мест для инвалидов; сложности в решении проблем создания специальных рабочих мест для инвалидов; отсутствие типовых моделей трудоустройства разных категорий инвалидов; нерешенность многих проблем в профессиональном образовании.

*Социальная реабилитация* своей целью ставит улучшение качества жизни инвалидов, создавая условия для их независимости жизни и социальной интеграции. Она осуществляется посредством различных технологий: технологии социально - средовой и социально-бытовой адаптации, ориентации и обучения. Социальная реабилитация способствует повышению социальной активности инвалидов в микро и макросоциуме, а

также направлена на изменение социальной среды и отношения общества к инвалидам.

В ходе процесса социальной реабилитации происходит обучение человека «жизни с инвалидностью», формируются навыки самообслуживания, передвижения, ориентации в окружающей среде, личной безопасности, социального общения. Социальная реабилитация осуществляется в условиях реабилитационных учреждений системы социальной защиты населения. В большинстве экономически развитых стран стратегия социально ориентированной реабилитации осуществляется уже более 30 лет, а в России она находится на стадии становления и поэтому необходимо дальнейшее законодательное, научно-методическое, организационное и информационно-техническое обеспечение.

Повышение эффективности реабилитации невозможно без обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, но к сожалению, несмотря на выделение федеральным бюджетом значительных финансовых средств на эти цели, обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации отстает от их потребностей. В связи с этим акцент переносится с зарубежных на отечественные предприятия реабилитационной индустрии в производстве и обеспечении инвалидов средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями. Фонд социального страхования Российской Федерации отмечает, что в 2016 году расходы федерального бюджета на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации составили около 32 млрд. рублей, что на 12 млрд. рублей больше, чем в 2015 году.

*Создание доступной среды жизнедеятельности* - ключевое условие и предпосылка для повышения эффективности процесса реабилитации и социальной интеграции инвалидов. Конвенция ООН о правах инвалидов понятие инвалидности рассматривает как эволюционирующее, изменяющееся не только в зависимости от состояния здоровья человека, но и от того, насколько меньше стало барьеров в его жизни.

Отсутствие физического доступа к рабочим местам, учреждениям здравоохранения и образования, транспорту и другим объектам инфраструктуры и услугам создает большие препятствия для инвалидов. Формирование доступной среды для инвалидов является важнейшей социально-экономической проблемой, затрагивающей права и потребности миллионов граждан страны, необходимость решений которой вытекает из требований национального законодательства и международных обязательств России. Принятая Правительством Российской Федерации государственная программа «Доступная среда» на 2011-2015 годы продлена до 2020 года и направлена на создание условий для обеспечения равного доступа инвалидов, наравне с другими, к физическому окружению, транспорту, информации, а также услугам и объектам социальной инфраструктуры.

*Индивидуальная программа реабилитации и абилитации* – это разработанный федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности (статья 11 ФЗ № 181-ФЗ).

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации разрабатывается в обязательном порядке при проведении медико-социальной экспертизы.

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации представляет собой бланк установленного образца:

- Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (для лиц старше 18 лет);
- Индивидуальная программа реабилитации и абилитации ребенка-инвалида



Формы индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида и ребенка-инвалида, выдаются федеральными учреждениями МСЭ, регламентируются Приказом Минтруда России от 31.07.2015 N 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида составляется в 2-х экземплярах, один из которых выдается на руки инвалиду. В порядке электронного взаимодействия выписки из разработанной индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида бюро МСЭ направляет в ведомства, которые определены исполнителями этой программы (ст.5 ФЗ №419, п.10). В свою очередь все участники реабилитационного процесса должны информировать федеральные учреждения МСЭ о результатах выполнения рекомендованных в программе мероприятиях абилитации и реабилитации (ФЗ №419 ст.1, п.2).

Срок действия Индивидуальной программы реабилитации и абилитации, предусмотрен законодательством (связан со сроком, на который определена группа инвалидности):1 год, 2 года, бессрочно, до достижения ребенком 18 лет.

Актуальная на сегодняшний день новая форма ИПРА была утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 июля 2015 г. N 528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации человека с инвалидностью, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Карта ИПРА подразделяется на несколько частей. Начинается она с основных персональных сведений о человеке с инвалидностью. Этот раздел помимо анкетных данных включает в себя сведения: об образовательном

уровне (общем и профессиональном); о профессиях и специальностях, квалификации и выполняемой к моменту освидетельствования работе (если таковая есть или была); о группе инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности и жизнедеятельности в принципе. Также добавлены пункты для дополнительной информации, рассчитанной на неграждан и лиц без гражданства, инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации, а также лиц без определенного места жительства и информация о законном (уполномоченном) представителе инвалида. Также указывается срок, на который оформлена ИПРА. На основании объективных данных делается экспертное заключение и формируется реабилитационная программа. Карта ИПРА включает следующие разделы:

- Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации;
- Мероприятия профессиональной реабилитации или абилитации;
- Мероприятия социальной реабилитации или абилитации;
- Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР).

В новой форме ИПРА – Индивидуальная программа реабилитации или абилитации, которая вступила в силу 1 января 2016 г., добавлены разделы:

- Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом (выделен отдельно от социальной реабилитации);
- ТСР, предоставляемые человеку с инвалидностью за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации и др. источников;
- Виды помощи, оказываемые человеку с инвалидностью в преодолении барьеров.

В ИПРА для детей с инвалидностью добавлен раздел «Психолого-педагогическая реабилитация», куда вносятся заключения об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования, и раздел «Товары и услуги, предназначенные для социальной

адаптации и интеграции в общество, на приобретение которых могут направляться средства материнского (семейного) капитала».

Медицинская реабилитация людей с инвалидностью осуществляется с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функций организма человека.

*Раздел «Медицинская реабилитация» включает:*

1. Восстановительную терапию;
2. Реконструктивную хирургию;
3. Протезирование и ортезирование;<sup>4</sup>
4. Санаторно-курортное лечение неработающих инвалидов. <sup>3</sup>

*В разделе «Социальная реабилитация» предусмотрены:*

1. Социально-средовая реабилитация и абилитация;
2. Социально-педагогическая реабилитация;
3. Социально-психологическая реабилитация;
4. Социокультурная реабилитация;
5. Социально-бытовая адаптация;
6. Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт.

*Раздел «Профессиональная реабилитация» (процесс и система восстановления его конкурентоспособности на рынке труда) включает:*

1. Профессиональную ориентацию;
2. Профессиональное обучение/переобучение;
3. Содействие в трудоустройстве;
4. Производственную адаптацию.

Есть специальное место для рекомендации по трудоустройству, доступные виды труда и трудовые действия (функции), выполнение которых затруднено.

*Программа психолого-педагогической реабилитации для детей до 18 лет включает следующие мероприятия:*

1. Рекомендации по условиям организации обучения;

2. Психологическую помощь, оказываемую в образовательной организации;

3. Профессиональную ориентацию, оказываемую в образовательной организации.

Итак, карта ИПРА включает несколько разделов. В каждом прописываются необходимые мероприятия, услуги, необходимые человеку с инвалидностью для реабилитации, а также технические средства реабилитации. Напротив каждой отметки о нуждаемости/ненуждаемости место для внесения сведений об исполнителях, и о сроках выполнения программ. В конце карты ИПРА есть место для подписи самого человека с инвалидностью и для оценки результатов реабилитации в целом.

При необходимости внесения дополнений или изменений в индивидуальную программу реабилитации и абилитации человека с инвалидностью оформляется новое направление на медико-социальную экспертизу и составляется новая индивидуальная программа реабилитации и абилитации. Карта ИПРА разрабатывается на основе решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы, поэтому с просьбой о заполнении ИПРА следует обращаться в то место, где гражданин получал или будет получать справку об инвалидности, а именно в местное отделение Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) – структуры, сформированной на базе прежних ВТЭКов. Найти БМСЭ можно в вашей районной поликлинике, хотя они на данный момент подведомственны Министерству труда и социального развития РФ. Впрочем, не все люди с инвалидностью «приписаны» к местным районным бюро МСЭ. Как правило, имеющие инвалидность по зрению приписаны к специализированным глазным бюро МСЭ и должны получать ИПРА именно там. Кроме того, граждане, имеющие психические и интеллектуальные особенности, также проходят через специализированные МСЭ. Такие специализированные МСЭ, как правило, находятся при психиатрических больницах.

*Разработка ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) состоит из следующих этапов:*

- а) проведение реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики;
- б) оценка реабилитационного потенциала;
- в) определение реабилитационного прогноза и мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих человеку с инвалидностью восстановить (сформировать) или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, социальным статусом и реальными возможностями социально-средовой инфраструктуры.

ИПРА составляется в двух экземплярах: один выдается человеку с инвалидностью или его законному, уполномоченному представителю на руки, о чем делается запись в журнале выдачи ИПРА, второй – приобщается к акту медико-социальной экспертизы гражданина.

ИПРА, оформленная в виде электронного документа, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя бюро (главного или Федерального) или уполномоченного заместителя руководителя главного бюро (Федерального), простой электронной подписью (при ее наличии) человека с инвалидностью/его законного или уполномоченного представителя и направляется человеку с инвалидностью/его законному или уполномоченному представителю с использованием информационно-коммуникационных технологий, в том числе федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг».

При отсутствии простой электронной подписи ИПРА у человека с инвалидностью или его законного или уполномоченного представителя, оформленная в виде электронного документа подпись распечатывается на бумажном носителе.

ИПРА – это основной механизм реабилитации человека с инвалидностью. Он призван обеспечивать учет индивидуальных потребностей и адресность государственной поддержки.

В настоящее время очень многие моменты реабилитационного процесса эффективнее решаются и регулируются с представителями власти на всех уровнях при наличии у человека с инвалидностью ИПРА. Например, сейчас вузы и ссузы при приеме документов от абитуриентов с инвалидностью всегда требуют ИПРА; ни один человек с инвалидностью не может встать на учет на бирже труда в качестве безработного без заполненной ИПРА, включающей трудовые рекомендации. Значит, без ИПРА будет сложно получить образование, бесплатно приобрести новую профессию, а затем и получить работу. С помощью ИПРА можно получить некоторые необходимые вам технические средства реабилитации, реабилитационные услуги, в ИПРА могут быть прописаны специальные условия, которые должны для вас создать в том учебном заведении, где вы учитесь, или в той организации, где вы работаете. В общем, сформированная ИПРА – это один из важных механизмов решения проблем гражданина и реализации его прав.

Надо отметить, что государство не всегда может предоставить необходимую гражданину реабилитационную услугу. ИПРА содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые человеку с инвалидностью бесплатно в соответствии с Федеральным перечнем технических средств и услуг, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам человек с инвалидностью либо другие лица или организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Если гражданин уже оплатил реабилитационные услуги или приобрел технические средства реабилитации, указанные в карте ИПРА и входящие в Федеральный перечень, государство обязано возместить его затраты.

*Процедура заполнения карты ИПРА.* В Положении о признании лица человеком с инвалидностью, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изменениями и дополнениями от 4 сентября 2012 г.) сказано, что ИПРА должна быть разработана после установления инвалидности автоматически, без всяких заявлений. В более ранней версии постановления присутствовал даже срок в 30 дней с момента признания гражданина инвалидом.

Однако сейчас на практике часто бывает, что инвалидность установлена до внедрения ИПРА и бессрочно, или гражданину необходимо просто переоформить ИПРА или внести недостающие записи в нее. В этом случае для получения ИПРА необходимо обратиться к своему лечащему врачу с просьбой дать направление в бюро МСЭ для оформления ИПРА, затем подать направление и заявление следующего образца в двух экземплярах в бюро МСЭ. Учтите, что за разработкой ИПРА можно обращаться в бюро МСЭ не только в период переосвидетельствования. Карта ИПРА может составляться ежегодно, раз в два года или без указания срока (бессрочно) и до 18 лет для детей информация об этом находится в самой ИПРА. Срок действия ИПРА не обязательно привязан к сроку, на который установлена инвалидность. ИПРА должна быть разработана не позднее месячного срока со дня подачи письменного заявления.

Однако, иногда специалисты БМСЭ предлагают родителям детей с инвалидностью или самим совершеннолетним людям с инвалидностью подписать отказ от составления индивидуальной программы реабилитации, мотивируя этот шаг нецелесообразностью, неэффективностью реабилитации либо отсутствием технических средств, услуг, материальных ресурсов, необходимых для исполнения ИПРА. Подобное требование со стороны органов МСЭ противозаконно.

Человек с инвалидностью должен расписаться в самой ИПР, выражая тем самым согласие со списком предложенных реабилитационных

мероприятий. В случае несогласия с содержанием ИПРА (не все рекомендации учтены или указан не тот исполнитель) в графе для подписи необходимо написать: «С содержанием карты ИПРА не согласен» и указать причину. Действия и решения бюро МСЭ человек с инвалидностью может обжаловать путем подачи заявления в Главное бюро МСЭ региона. Заявление подается через районное бюро.

На основании обследования и бесед с лицом с инвалидностью делается заключение по спорным вопросам. Если претензии обоснованы, то формируется новая карта ИПРА с новыми рекомендациями, подписывается председателем экспертной комиссии и заверяется печатью ГБМСЭ региона. Решение ГБМСЭ региона может быть в месячный срок обжаловано в федеральное бюро медико-социальной экспертизы, а далее в Министерство труда и социального развития. На любой стадии этого процесса можно обратиться в суд. Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации человека с инвалидностью, не может быть меньше установленного Федеральным перечнем технических средств, предоставляемых человеку с инвалидностью. Эта формулировка из Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», но она не совсем корректна: имеется в виду, что предусмотренный объем должен быть предоставлен бесплатно.

Человек с инвалидностью или его законный представитель может отказаться от ИПРА в целом или от реализации отдельных ее частей. Это освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, от ответственности за ее исполнение и лишает человека с инвалидностью права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

С 1 января 2017 года начал свою работу Федеральный реестр инвалидов (ФРИ). Его оператором назначен Пенсионный фонд России.



Федеральный реестр инвалидов позволяет определить, сколько нужно средств на льготы и социальные программы. Поскольку, как считают эксперты, исходя из нынешних баз данных, подсчитать число инвалидов - задача сложная. У каждого ведомства своя база (у минтруда - одна, у минздрава - другая, у Пенсионного фонда – третья). И данные в них разнятся. Причины разные: от банальных человеческих ошибок до откровенного мошенничества.

Инвалида избавят от необходимости предоставлять бесконечные справки. Процедура оценки МСЭ должна быть унифицирована и лишена возможности субъективных решений. Процесс получения причитающихся льгот будет максимально упрощен и ускорен.

Использовать сведения Реестра будут Пенсионный фонд, минтруд, Минобрнауки и другие структуры. И, конечно, зарегистрированные граждане смогут осуществлять личный контроль и получать актуальную информацию.

Учет будет вестись на базе страхового номера индивидуального лицевого счета. Перечень сведений Реестра - 23 пункта. Данные паспорта, место работы, занимаемая должность, причина инвалидности, заключение о нуждаемости и пр.

Система имеет многоступенчатую систему защиты. У Пенсионного фонда большой опыт работы с массивами данных. Их база - одна из самых защищенных. На формирование Реестра отведен год.

По данным Росстата на 1 января 2015 года, в России 12 млн 924 тыс. инвалидов. По данным Росстата, за прошлый год на Северо-Кавказский федеральный округ приходится - 972 тыс. (7,5%), Южный - 1,151 тыс. (8,9%).

После формирования Реестра, вероятнее всего, число инвалидов сократится. В первую очередь потому, что будут ликвидированы "двойные льготники" все из-за тех же ошибок "двойных" баз. А основная категория сокращения числа инвалидов - участники войны, которых становится

меньше. По данным Пенсионного фонда, если в 2013 году их было 331,8 тыс., то в 2014 году - 283,7 тыс., а в 2015 году - уже 238,5 тыс.

Сейчас в Госдуме обсуждают инициативы, связанные с доступностью зданий и других объектов для инвалидов. В рамках федеральной целевой программы «Доступная среда» изучается вопрос обеспечения домов инвалидов-колясочников пандусами и переселения их в новые оснащенные дома. Но все тормозится из-за того, что нет полной картины о числе нуждающихся.

Минтруд России принял список гарантий, выплат и компенсаций, сведения о которых должны включаться в федеральный реестр инвалидов (приказ Минтруда России от 12 октября 2016 г. № 570н). Таким образом, каждый инвалид с помощью личного кабинета на Едином портале госуслуг (<https://www.gosuslugi.ru/>) сможет бесплатно узнать, какая финансовая помощь от государства ему положена, в каком размере и каков период ее выплаты.

В перечень вошли, в частности, следующие виды гарантий, выплат и компенсаций:

ежемесячная денежная выплата пострадавшим от аварии в Чернобыле или на предприятии «Маяк»; страховая и накопительная пенсии; страховые выплаты пострадавшим от несчастных случаев на производстве или страдающим от профессиональных заболеваний;

федеральная социальная доплата к пенсии; ежегодная компенсация расходов на содержание собак-проводников; компенсация гражданам, которым установлена инвалидность вследствие военной травмы и т. д.

Сведения о всех этих выплатах в отношении каждого инвалида ПФР, который станет вести реестр, будет получать от соответствующих органов, решением которых назначена та или иная гарантия, компенсация или выплата.

Таким образом, основа индивидуальной программы реабилитации и абилитации состоит из разноплановых мероприятий, каждое из которых

ставит своей задачей достижение адаптации инвалида в окружающей социальной среде. Достичь этого ИПРА полагает посредством: физкультуры и спорта; медицины; профориентации, профессионального образования и трудоустройства; психологической социально-культурной адаптации; создания доступной безбарьерной среды.

## 2. СОСТОЯНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В Г.БЕЛГОРОДЕ

### 2.1. Определение нуждаемости инвалидов в комплексной реабилитации на основе анализа формирования индивидуальных программ реабилитации и абилитации

В Федеральном законе от 01.12.2014 № 419 говорится о реабилитации и абилитации инвалидов, что это комплекс мероприятий, направленный на восстановление утраченных навыков и способностей, а также на поддержку в социальной сфере.

Прошедший курс реабилитации по своей индивидуальной программе гражданин сможет занять достойное место в обществе и самостоятельно поддерживать привычный уровень жизни.

Цель мероприятий реабилитации и абилитации состоит в том, чтобы инвалиды могли успешно организовать свою жизнь в социуме, создать семью и найти работу. Невозможно составить программу, которая идеально подошла бы каждому инвалиду. Поэтому каждая программа - индивидуальна, учитывает психические и физические особенности здоровья, уже имеющиеся навыки и желание самого человека научиться новому.

Суть реабилитации состоит в том, что это не только предупреждение и устранение заболеваний, но раскрытие всех потенциалов здоровья как социального качества человека. Одной из основных задач органов

государственной власти является обеспечение экономического эффекта всей системы реабилитационных услуг инвалидам.

На фоне стабильности (небольшой прирост за счет мигрантов) численности населения области за 2016-2017гг. отмечается увеличение доли инвалидов среди жителей с темпом прироста +23% за счет накопления инвалидности лиц 18 лет и старше; снижение уровня первичной инвалидности взрослого населения и стабильности первичной инвалидности детей.



В структуре причин инвалидности лидируют: у взрослого населения - болезни системы кровообращения с удельным весом при первичной инвалидности 41% -53%, повторно признанных инвалидами - 24% - 38%; у детей-инвалидов - психические расстройства и расстройства поведения с удельным весом при первичной инвалидности 22% - 28%, повторно признанных в категории «ребенок-инвалид» - 21% - 36%.

В ходе проведенного нами исследования мы попытались описать опыт организации комплексной реабилитации инвалидов в Белгородской области, дав оценку слабым сторонам и обозначить перспективы развития комплексной реабилитации инвалидов.

Система комплексной реабилитации и поддержки, определяющая результативность всего цикла медико-социальной помощи, должна учитывать интересы граждан и может опираться на ресурсы не только государства, но и общественности. Выявление этих ресурсов и отслеживание

эффективности внедряемых технологий социальной поддержки – неотъемлемая задача организации комплексной реабилитации.

*Цель исследования:* оценка региональной системы комплексной реабилитации инвалидов и выявление ресурсов для ее совершенствования.

*Задачи исследования:*

1. Оценить эффективность региональной системы комплексной реабилитации по следующим показателям:

Доступность и качество реабилитационных услуг в учреждениях.

Доступность санаторно-курортного лечения.

Доступность лекарственного обеспечения.

Доступность высокотехнологической помощи.

Обеспеченность инвалидов техническими средствами реабилитации.

Доступность освидетельствования инвалидности.

Доступность безбарьерной среды обитания.

Доступность правовой реабилитации.

Доступность профессиональной реабилитации и возможности занятости.

2. Проанализировать перспективы общественного участия в региональной системе комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

*Объект исследования:* система комплексной реабилитации в Белгородской области, а также инвалиды - реабилитанты и эксперты в вопросах комплексной реабилитации – представители государственной системы здравоохранения и социальной защиты, учреждений и организаций, оказывающих социальные услуги. Обозначенные социальные группы оценивали доступность и качество получаемых инвалидами реабилитационных услуг.

*Методы исследования:*

анкетный опрос инвалидов;

экспертное интервью - представители государственной системы здравоохранения и социальной защиты, учреждений и организаций, оказывающих социальные услуги, общественных организаций инвалидов.

Сбор информации по исследованию проводился в ноябре – декабре 2017 года и феврале-апреле 2018 года. Анкетным опросом, охвачено 100 инвалидов Белгородской области.

Выборка исследования целевая, представляет собой разновидность выборки по методу «снежного кома». Для нахождения респондентов привлекались общественные организации инвалидов.

В качестве экспертов в исследовании выступили представители Департамента здравоохранения и социальной защиты Белгородской области и УСЗН Белгородской области, Департамента труда и занятости Белгородской области, Белгородской областной клинической больницы св. Иосафа Белгородского, Белгородской региональной общественной организации инвалидов, клиентов Центра реабилитации г. Белгорода.

По данным нашего опроса, оценки доступности медицинских услуг в поликлинике по месту жительства довольно высоки. Каждый третий считает их доступными, еще треть опрошенных дали общую нейтральную оценку. Доля считающих медицинские услуги в поликлинике скорее недоступными – одна пятая в общей массе опрошенных. Оценки доступности санаторно-курортного лечения несколько ниже – здесь больше доля тех, кто не по тем или иным причинам не был в санатории.

Доступность реабилитационных центров, по результатам опроса, не высока доля отрицательных оценок выше.

Диаграмма 1.

Оценка доступности медицинской помощи в учреждениях области

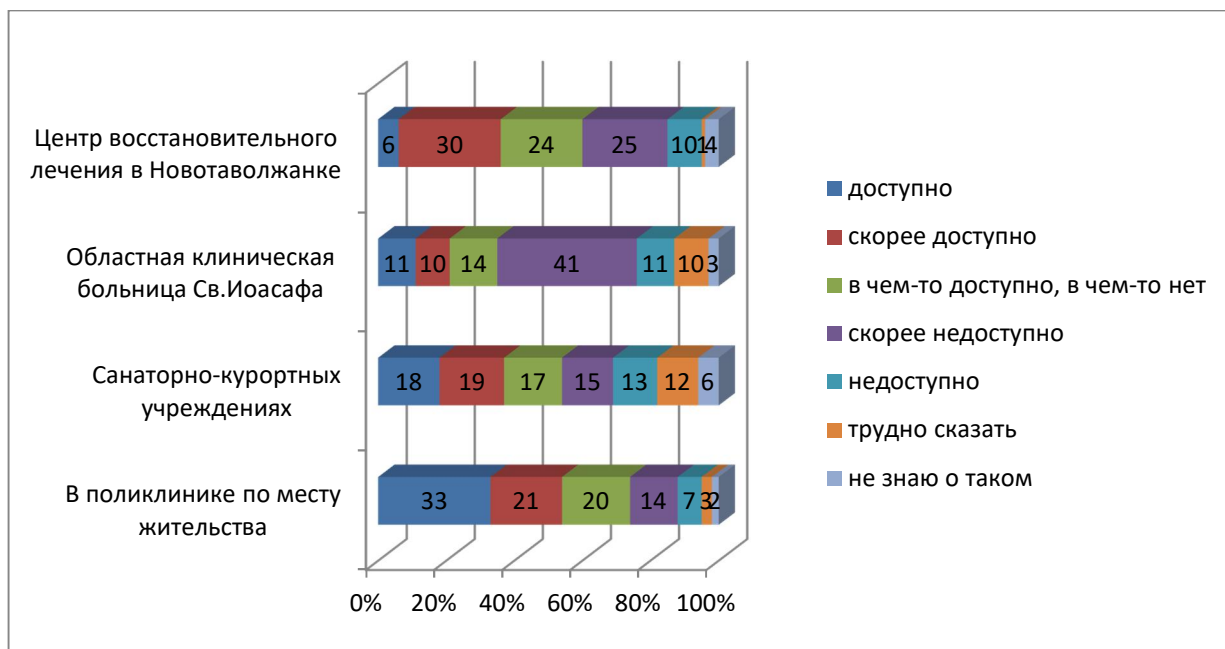
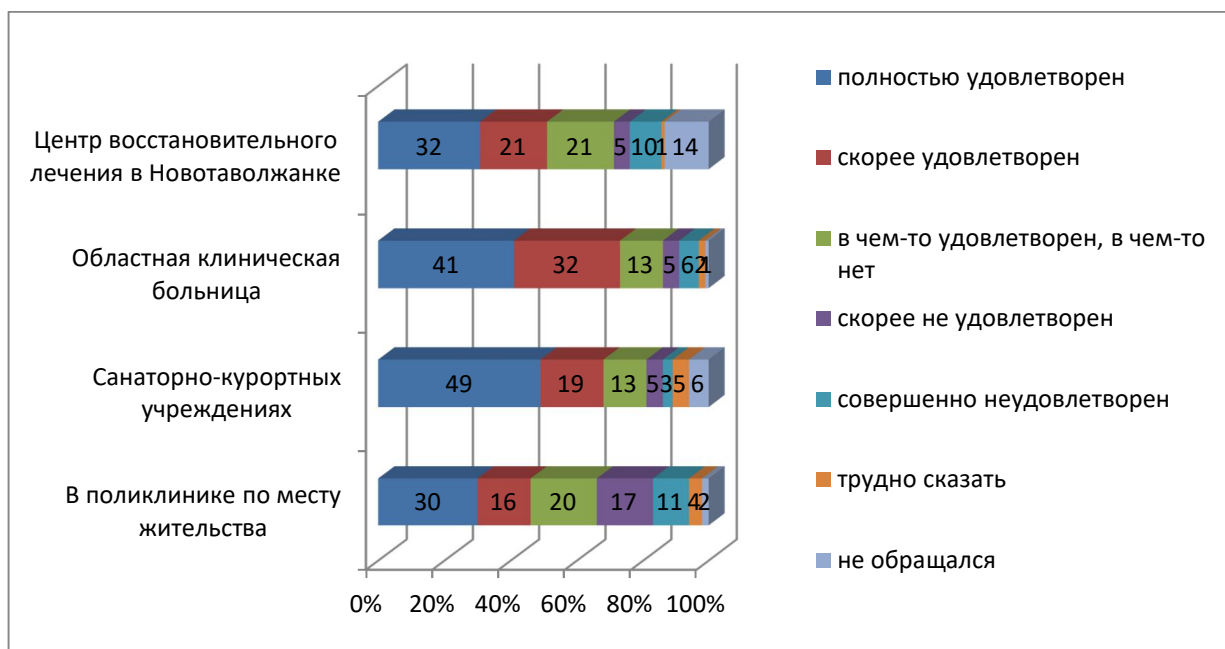


Диаграмма 2.

### Оценка качества медико-социальных услуг в учреждениях области

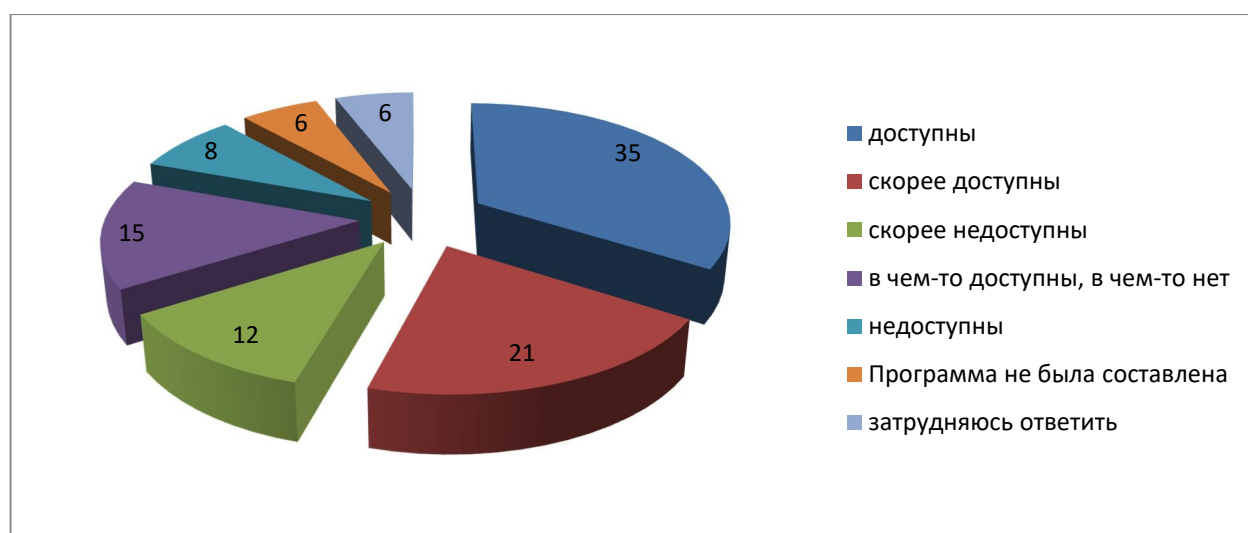


Оценка доступности мероприятий, включенных в ИПРА, по данным опроса, довольно высока: положительные оценки существенно превышают отрицательные. Однако за высокими оценками в данном случае, скорее, стоит низкая информированность о современной модели ИПРА и ее возможностях: люди имеют слабое представление о том, что может и должна включать в себя реабилитация, как она организована в других странах, их высокие оценки – это оценки в духе «что-то есть – уже хорошо».

Основные задачи реабилитационных учреждений – обучение персонала и оснащение современным оборудованием. Внутри реабилитационной индустрии налажено регулярное взаимодействие учреждений медико-социальной реабилитации: согласно плана, по определенному графику в тех или иных учреждениях проводятся мастер-классы, лекции, консультации, обмен опытом, куда приглашаются специалисты центров социального обслуживания, реабилитационных учреждений.

Диаграмма 3.

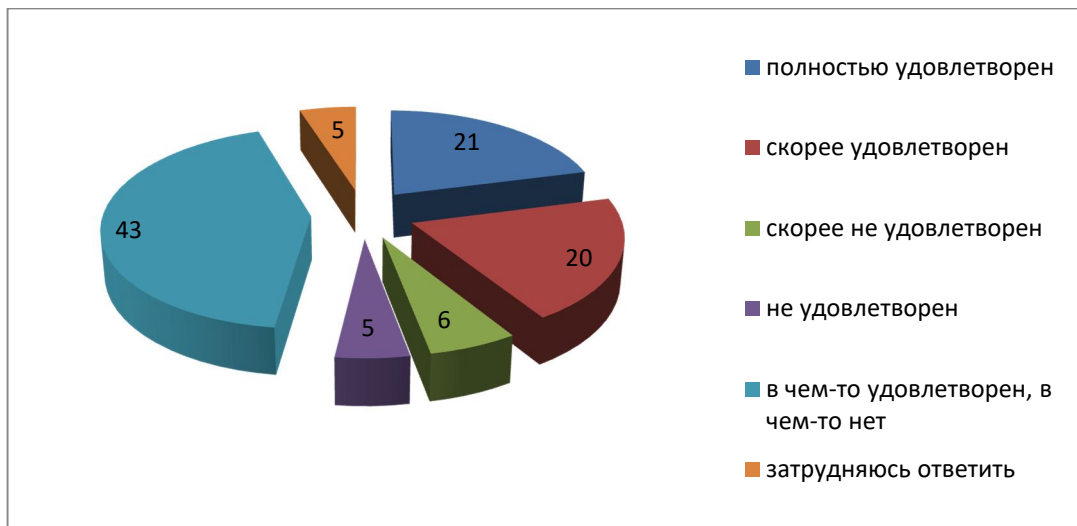
Оценка доступности мероприятий, включенных в ИПРА (%)



#### *Доступность освидетельствования инвалидности*

Острота проблем с освидетельствованием, существовавшая несколько лет назад, когда по всей стране инвалиды говорили о дискриминирующей политике служб МСЭ по занижению инвалидности, существенно уменьшилась. Это подтверждают и результаты опросов, и экспертные оценки. По данным нашего исследования, негативные оценки в адрес служб МСЭ высказало всего лишь 10% опрошенных.





По данным опроса, большинство людей уже не сталкиваются со сложностями при освидетельствовании инвалидности. В отдельных случаях были указаны проблемы очередей, множества справок, из-за которых приходится приходиться не один раз.

На сегодняшний день в Белгородской области, по оценкам экспертов, учреждения МСЭ становятся более открыты для взаимодействия и с системой социальной защиты, и с НКО.

Барьеры, с которыми сталкиваются при прохождении медико-социальной экспертизы:

Отсутствие открытой и доступной информации по процедуре освидетельствования – по шкале оценки степени инвалидности.

Отсутствие четких указаний по необходимым для освидетельствования документам.

Эти барьеры указывают на необходимость доступа к подзаконным актам, описывающим процедуру освидетельствования инвалидности.

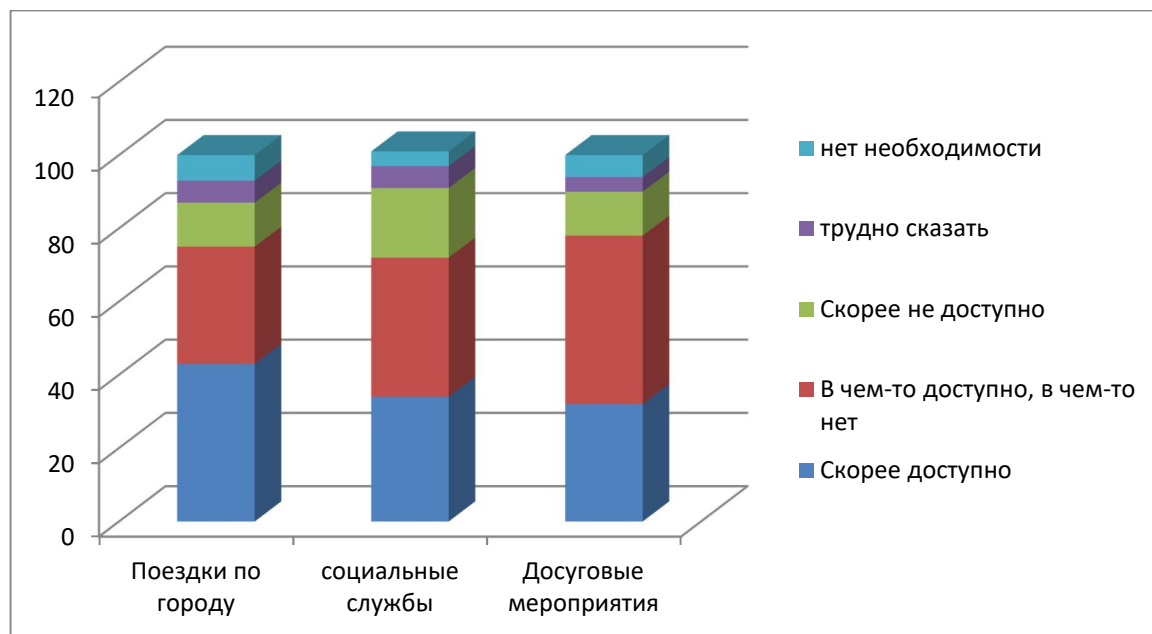
#### *Оценка эффективности мероприятий по созданию доступной среды*

То, что уже сделано в области создания доступной среды жизнедеятельности свидетельствует: проблема начинает решаться, определенные изменения в этом направлении есть. Однако оценки тех, кто сам имеет ограничения в передвижении, далеко не так оптимистичны, как оценки представителей органов власти.

Барьеры среды жизнедеятельности являются препятствием примерно для трети людей с инвалидностью – от 23 до 34% опрошенных указывали на это при ответе на вопросы, насколько доступны для них перемещения за пределами квартиры.

Диаграмма

Ответы на вопросы, «Насколько доступны для Вас...»



Создание системы медико-социальной реабилитации в нашей стране прошло первый этап становления – в регионах появились реабилитационные учреждения разного типа, разные формы реабилитации. Новый этап требует более глубокого освоения задач, связанных с решением системных проблем и направленных на вывод системы медико-социальной реабилитации в стране на качественно новый уровень.

Сохраняющиеся трудности свидетельствуют о необходимости дополнения количественных мер качественными изменениями. Сегодня важно воспроизводить то, что хорошо получается, и уделять внимание слабым элементам, тому, что прерывисто, некачественно. Обнаружение таких уязвимых непрочных «звеньев» и общественных ресурсов развития системы медико-социальной реабилитации было целью данного исследования.

## *Проблемы развития системы медико-социальной реабилитации*

Среди проблем развития системы медико-социальной реабилитации можно выделить явные актуальные ситуативные проблемы, латентные проблемы и системные проблемы. Системные проблемы лежат в основе явных и скрытых проблем, во многом порождая их.

### *Системные проблемы развития медико-социальной реабилитации:*

1. Отсутствие единых стандартов реабилитации.
2. Сохранение медицинской модели понимания инвалидности в менталитете субъектов реабилитационного процесса и в реализуемой социальной политике.

О переходе от медицинской к социальной модели инвалидности последние годы много говорится. Социальная модель инвалидности – это популярный тренд. Однако даже в новых создающихся структурах системы социальной поддержки иногда сохраняются прежние принципы работы, новое понимание инвалидности зачастую остается декларацией:

– в системе социальной защиты: система ситуационного сопровождения для инвалидов в учреждениях, модель работы общественных советов под патронажем органов власти несут в себе черты патернализма;

– в НКО инвалидов: традиционная модель существования на государственные дотации крупных НКО, воспроизводит иждивенческую позицию в среде благополучателей.

3. Отсутствие мотивации и ресурсов для перехода от иждивенческой к активной позиции, к партнерским взаимоотношениям.

Отличительная черта медицинской модели понимания инвалидности – иждивенческий подход к системе помощи, медицинской и социальной. Сегодня проблема иждивенчества фиксируется в разных сферах жизнедеятельности, из латентной становится явной. Черты иждивенческой позиции присущи не только людям, но и организациям.

*Системные проблемы в организации медико-социальной реабилитации* получают свое выражение в различных областях организации этого процесса.

Региональная система медико-социальной реабилитации – проблемы:

Формальный подход к составлению и ограниченность ИПРА.

Отсутствие обратной связи по результатам ИПРА.

Отсутствие обстоятельного информирования в ситуации только поставленного диагноза – отсутствие планомерной разъяснительной работы, информирования о заболевании, о внешних ресурсах поддержки.

Недостаточность специализированных реабилитационных навыков персонала поликлиник и реабилитационных центров.

Ориентация реабилитации преимущественно на людей с легкой и средней степенью инвалидизации.

транспортная проблема недоступности реабилитационных услуг;

отсутствие специализированных стационарных учреждений для дневного пребывания людей с высокой степенью инвалидности;

неприспособленность учреждений для людей с тяжелой степенью реабилитации – как поликлиник, так и реабилитационных центров (система ситуационного сопровождения для инвалидов в социальных учреждениях не решает задачу безбарьерной среды и воспроизводит медицинскую модель понимания инвалидности).

*Амбулаторные медицинские учреждения - проблемы:*

Необходимость долго ожидать получения услуги и недостаточно высокое качество оказания услуг (качество и ассортимент услуг, качество обслуживания) – основные проблемы, которые вызывают нарекание инвалидов.

Ограниченность реабилитационных услуг.

Физическая труднодоступность услуг для тех, кто ограничен в возможностях передвижения.

*Реабилитационные центры – проблемы:*

Невозможность регулярного и своевременного прохождения реабилитации (проблема очередей).

Отсутствие законодательно определенных норм обеспеченности населения учреждениями.

Недостаточное обеспечение специализированным оборудованием (постепенно решается в рамках региональной программы, но продолжает оставаться острой).

Проблема повышения квалификации персонала (в условиях высоких темпов прогресса в медицинских технологиях обучение должно быть постоянным).

Районные службы социальной защиты – проблемы:

- Низкий статус районных служб социального обслуживания: восприятие районных служб социальной защиты как «собесов», которые нужны исключительно для получения материальных благ – путевки, коляски, пособия.

- Низкая востребованность социальных услуг в той форме, в которой они предоставляются.

- Физическая труднодоступность услуг для тех, кто ограничен в возможностях передвижения.

*Проблемы доступности санаторно-курортного лечения:*

- Долгий период ожидания очереди на путевку.
- Законодательно не урегулированный вопрос периодичности обеспечения путевками.

- Неприспособленность среды учреждений под специфичные запросы инвалидов с ограничениями в передвижении.

*Доступность лекарственного обеспечения:*

Процесс обеспечения льготными лекарствами по федеральному списку в Белгородской области отлажен, особых нареканий в этот адрес не поступает. Сложности возникают при обеспечении льготными лекарствами по региональному списку.

Каждый четвертый опрошенный скорее не удовлетворен лекарственным обеспечением – данный факт не позволяет говорить о том,

что задача лекарственного обеспечения решена. Этот показатель – один из ключевых для оценки благополучия ситуации в регионе, и его важно отслеживать.

*Обеспеченность техническими средствами реабилитации:*

Ситуация с обеспечением ТСР по федеральному перечню в Белгородской области благополучна благодаря новому порядку и участию области в торгах по закупке технических средств.

Ситуация с обеспечением ТСР по региональному перечню не столь благополучна, здесь сохраняются очереди.

С проблемами обеспечения ТСР сталкивается каждый четвертый имеющий инвалидность.

Проблема – получение узкоспециализированных средств реабилитации (самоходные коляски, наколенники, ортопедические протезы – перечень широк в каждом профиле).

*Доступность освидетельствования инвалидности:*

Проблема дискриминирующей политики служб МСЭ, остро стоявшая несколько лет назад, существенно уменьшилась. Это подтверждают и результаты опросов, и экспертные оценки. По данным анкетного опроса, негативные оценки в адрес служб МСЭ высказало лишь 11% опрошенных.

Снижению напряженности в отношении со службами МСЭ во многом способствовал переход на международные шкалы оценки степени инвалидизации.

*Барьеры в процедуре медико-социальной экспертизы:*

Отсутствие открытой и доступной информации по шкалам и критериям оценки степени инвалидности. Доступ к этой информации сделает ясной процедуру освидетельствования и снимет сомнения и недоверие.

•Отсутствие четких указаний по необходимым для освидетельствования документам.

Эти барьеры указывают на необходимость доступа к подзаконным актам, описывающим процедуру освидетельствования инвалидности.

### *Доступность безбарьерной среды жизнедеятельности:*

Барьеры среды жизнедеятельности являются препятствием примерно для трети людей с инвалидностью.

Установление пандусов проблемы безбарьерной среды не решает. Создание службы ситуационного сопровождения в социальных учреждениях – необходимый первый шаг. Но это шаг в формате медицинской модели понимания инвалидности. Социальная модель предполагает изменения в архитектуре учреждений и появление оборудованных лестниц, туалетов и т.п. – тогда необходимость в помощнике будет меньше, а самостоятельность людей – выше.

### *Доступность правовой реабилитации:*

Рост правового образования людей – неуклонная тенденция, которую отмечают эксперты. Об этом наглядно свидетельствует изменившийся характер обращений в органы власти.

Однако проведенный анкетный опрос указывает на то, что доля указывающих на недостаток правовой информированности остается сравнительно высока: в исследовании, треть опрошенных заявили, что им не хватает информации о правах и льготах. Данный факт указывает на позитивную тенденцию роста запроса на информацию. Возможно, темпы обслуживания в сфере правового информирования запаздывают по сравнению с ростом потребности в знании людей, имеющих инвалидность.

### *Доступность профессиональной реабилитации и возможности занятости:*

Несмотря на значительные изменения в социальной политике и серьезную работу, проводимую службами занятости, эффективность профессиональной реабилитации невысока.

По данным опроса, не удовлетворены потребности в профессиональной реабилитации, как минимум, у трети имеющих инвалидность.

Причины низкой эффективности мероприятий по трудоустройству инвалидов

Причины низкой эффективности мероприятий по трудоустройству инвалидов представители общественности и органов власти видят по-разному:

- Объективные аспекты проблемы, связанные с ситуацией на рынке труда: отсутствие предложений, адекватных запросам и возможностям инвалидов, – проблему поднимают лидеры НКО.

- Субъективные аспекты проблемы – неготовность инвалидов к труду: низкая мотивация к труду людей с инвалидностью и недостаточная активность общественных организаций, – проблему отмечают представители органов власти.

Ограничения системы профессиональной реабилитации в сфере социальной поддержки отмечают эксперты из сферы труда и занятости: отсутствие цепочки взаимосвязанных действий, создающих основу для профессиональной реабилитации;

отсутствие психологической работы с инвалидами, направленной на формирование готовности и мотивации к труду.

Низкая активность крупных общественных организаций инвалидов и нежелание брать на себя в посильном объеме задачи психологической реабилитации, профессиональной реабилитации.

*Причины низкой мотивации к труду:*

Внутренняя неактивная позиция и заниженные потребности.

Гиперопека со стороны родственников.

Страх понижения/лишения группы инвалидности и лишения дополнительного дохода в виде пенсии ввиду политики, проводимой службами МСЭ.

Незаинтересованность в официальном трудоустройстве ввиду возможности подрабатывать неофициально и получать пособие по безработице.



Таким образом, в организации занятости инвалидов есть слабые стороны ввиду изначальной ограниченности самого подхода к этому процессу.

*Актуальные задачи в области профессиональной реабилитации:*

1. Необходимость индивидуального подхода к организации занятости инвалидов с организацией системы сопровождающего трудоустройства.

2. Пропаганда занятости с широким освещением льгот и преимуществ, предоставляемых как работодателям, так и инвалидам. Популяризация трудовой деятельности, положительных примеров труда инвалидов.

3. Утверждение инвалидов в защищенности их прав относительно группы инвалидности (для ликвидации опасения потерять группу и льготы при выходе на работу).

4. Психологическая работа с самими инвалидами и их близкими – психологическая реабилитация как основа последующей профессиональной.

*Проблемы общественного участия в медико-социальной реабилитации:*

Ограничения нормативно-правовой базы – отсутствие стандарта реабилитации (внешний фактор правового характера).

Бюрократизация крупных НКО, живущих на государственных дотациях, – невысокая активность и воспроизводство иждивенческой позиции в среде благополучателей.

Дефицит квалифицированных кадров.

Ограниченное число лидеров общественного движения и дефицит времени у них ввиду необходимости охватить большое поле деятельности. Проблема производства и воспроизводства лидеров в среде НКО пока носит латентный характер, но она требует решения.

Воспроизводство невысокой активности лидерами общественного движения, аккумулировавшими в своих руках властные полномочия: лидеры НКО сами порождают проблему низкой активности членов своего сообщества, будучи готовы делиться компетенциями, но не будучи готовы

делиться властью. Эта проблема пока носит латентный характер, но она рано или поздно проявится, и лучше, если она будет осознана своими «носителями» – это даст дополнительный толчок к развитию общественного движения инвалидов.

Актуальные задачи и перспективы развития общественного участия в системе медико-социальной реабилитации

Общий ориентир в развитии системы медико-социальной реабилитации – создание цепочки действий, в которую были бы подключены все субъекты, и которые бы последовательно реализовывали различные аспекты реабилитации. Работа должна начинаться в первый момент установления инвалидности на уровне МСЭК и разворачиваться при подключении государственных и негосударственных ресурсов.

Анализ практики формирования ИПРА показал, что за период 2016 - 2017гг. в восстановительной терапии нуждались 94% инвалидов взрослого населения и 97% детей-инвалидов, прошедших освидетельствование в бюро МСЭ области; в реконструктивной хирургии - 2% и 3%; в санаторно-курортном лечении 9 % и 19%; протезно-ортопедической помощи 10% и 15%; обеспечении техническими средствами реабилитации 36% и 19% соответственно. Положительные результаты реабилитации отмечаются у взрослого населения больше при социальной реабилитации (60%), у детей-инвалидов - при медицинской реабилитации (54%).

Выполнение программ реабилитации остается на недостаточном уровне: полностью реализуются только 41% программ медицинской реабилитации, 45% - социальной реабилитации; отмечается снижение числа реализуемых программ в учреждениях социальной защиты населения, здравоохранения. Основными причинами невыполнения рекомендованных мероприятий медико-социальной реабилитации являются: проблемы организации предоставления услуг реабилитации, недостаточность сети реабилитационных учреждений, слабая мотивация инвалидов на получение мер реабилитации.

По данным социологического исследования реализация ИПРА затруднена из-за недостатков организации реабилитационной помощи инвалидам в лечебно-профилактических учреждениях, Фонде социального страхования, органах социальной защиты населения; слаборазвитой сети реабилитационных учреждений; недостаточной информированности и низкой мотивации инвалидов к реабилитации.

## 2.2. Организационные подходы к совершенствованию системы комплексной реабилитации инвалидов на основе реализации ИПРА на региональном уровне

Давая общую оценку системы медико-социальной реабилитации в Белгородской области, эксперты исследования единодушны в понимании того, что Белгородская область занимает должное место в развитии реабилитационных услуг для пожилых и инвалидов. В сравнении с другими регионами Белгородская область выделяется по таким показателям как:

Достаточно развитая сеть реабилитационных учреждений, наличие уникальных реабилитационных учреждений (например, Веселолопанский реабилитационный центр для детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата).

Обеспеченность техническими средствами реабилитации; количество пунктов проката в области (41 пункт проката).

Новый ориентир в социальной политике - это развитие комплексной системы реабилитации инвалидов. Соответственно в системе медико-социальной реабилитации появляются новые черты (на них указывают представители системы социальной защиты):

Преимственность в межведомственном взаимодействии достигается за счет согласования работы Департаментов и управлений четырех отраслей: здравоохранения, социальной защиты, образования, труда и занятости. Планируется создание межведомственной рабочей группы и определения

порядка такого межведомственного взаимодействия в сфере реабилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов. Все вопросы, касающиеся комплексной реабилитации, поднимаются, обсуждаются и разрабатываются планы реализации, в том числе совместные. В ближайших задачах межведомственной рабочей группы закрепление такого межсекторного взаимодействия на нормативном уровне.

Преимственность в системе реабилитации достигнута в отдельных профилях за счет тесного сотрудничества всех субъектов реабилитации. Так, реабилитация больных после инсульта и инфаркта – это слаженное сотрудничество Областной клинической больницы, Центра восстановительного лечения в Новотаволжанке, санатория «Красиво».

Но, несмотря на значительные успехи, система медико-социальной реабилитации находится на начальной стадии развития.

Отсутствие единой системы и единого подхода к организации процесса реабилитации находит выражение в целом ряде недостатков региональной системы реабилитации (на которые указывают эксперты):

1. Формальность подхода к составлению и ограниченность индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) – отсутствие комплексного характера, ограниченность реабилитации одним-двумя пунктами, записанными в ИПРА («иногда проблем несколько, а в ИПРА только один пункт»).

2. Отсутствие обратной связи по результатам индивидуальной программы реабилитации: необходим регулярный мониторинг полноты и эффективности прохождения всех элементов ИПРА («через год нужно посмотреть, что сделано, что не сделано, и почему не сделано»).

3. Доступность реабилитации преимущественно для людей с легкой и средней степенью инвалидизации:

- неприспособленность учреждений для людей с тяжелой степенью реабилитации – как поликлиник, так и реабилитационных центров («для колясочников приспособлен только один специализированный центр, а в

ситуации, если нарушения опорно-двигательного аппарата происходят на фоне другого заболевания, в центр по профилю попасть невозможно, т.к. они не приспособлены, нужен ухаживающий»);

- транспортная проблема недоступности реабилитационных услуг;
- отсутствие специализированных стационарных учреждений для дневного пребывания людей с высокой степенью инвалидности («в некоторых странах есть сестринские центры дневного пребывания, где реабилитация, социализация, а вечером родственники забирают»).

4. Отсутствие обстоятельного информирования в ситуации только поставленного диагноза – отсутствие планомерной разъяснительной работы, информирования о заболевании, о внешних ресурсах поддержки («иногда у пациентов со стажем болезни спрашиваем, а вы знаете, что есть общественные организации по вашему профилю заболевания, а они не знают»).

5. Проблема недостаточных специализированных реабилитационных навыков персонала поликлиник и реабилитационных центров.

6. Отсутствие полноценной психологической реабилитационной помощи (курса работы с психологом при постановке диагноза, групп взаимопомощи, отсутствие психологической помощи в стационарах).

7. Ограниченные возможности трудовой реабилитации.

Общая оценка – резюме экспертов: первый этап бурного роста системы медико-социальной реабилитации вширь закончился, наступил этап более глубокого освоения новых задач, связанных с решением системных проблем.

*Отсюда вытекают системные задачи медико-социальной реабилитации*

1. Создание правовой основы – разработка и закрепление на законодательном уровне (возможно выработать пока свои региональные стандарты) стандартов медико-социальной реабилитации.

2. Изменение мировоззрения и наращивание человеческого потенциала в государственном и негосударственном секторах: движение должно быть

встречным, «выращивать» нужно обе стороны процесса реабилитации, не только благополучателей, но и оказывающих реабилитационные услуги.

Переход от медицинской к социальной модели инвалидности может быть реализован только носителями нового мировоззрения.

*Государственный сектор, учреждения социального обслуживания – задачи:*

Отход от медицинской модели оказания помощи и изменение характера работы районных учреждений социального обслуживания.

Повышение качества человеческих ресурсов, работающих в системе медико-социальной реабилитации: развитие личностных качеств, изменение системы мировоззрения персонала (тренинги на развитие личностных качеств, которые, наряду с профессиональными входят в профессиограмму социального работника: эмпатии, «ощущения» как профессиональных качеств).

Повышение статуса районных учреждений социального обслуживания и статуса социального работника – внедрение мини-технологий и действий, которые бы меняли статус «собесов» и работающего в них персонала.

*Негосударственный сектор НКО – задачи:*

Развитие человеческих ресурсов, воспроизводства лидеров (тренинги, семинары, обмен опытом).

Ротация кадров, делегирование властных полномочий лидерами.

3. Расширение партнерской зоны в системе медико-социальной реабилитации – совместной деятельности всех субъектов по развитию системы («выращиванию» человеческих ресурсов, созданию технологий, наращиванию материально-технической базы).

Совместные тренинги учреждений социального обслуживания и НКО инвалидов по проживанию опыта инвалидов и поиску ресурсов решения проблем.

Совместное творчество в организации культурно-досуговых мероприятий на территории.

Сотрудничество в реализации правовой, психологической и других видов поддержки на территории.

Совместная деятельность в осуществлении общественного контроля по реализации ИПРА.

Включение в профессиональную реабилитацию инвалидов: соединение работодателей с инвалидами, создание больше рабочих мест и привлечение инвалидов.

4. Перевод людей с инвалидностью из позиции иждивенческой в позицию самообеспечения; с первого момента получения инвалидности нужно выстраивать систему реабилитации таким образом, чтобы формировать «условный рефлекс самостоятельности» - и вся система должна способствовать этому:

Обучение врачей и специалистов по социальной работе новым позиции и принципам в работе с людьми, ориентированным на возвращение внутреннего потенциала в человеке.

Создание информационной пропаганды активного образа жизни в ситуации инвалидности: распространение материалов гуманитарно-информационного характера (включающих разные блоки: (1) стихи, анекдоты, истории жизни, (2) законы, учреждения, адреса, сайты (3) контакты тех, кто готов оказать помощь из числа активистов НКО и др.). Заголовок подобных брошюр должен быть жизнеутверждающ («Точка опоры», «Все зависит от меня»). Задача брошюр – формирование позиции самопомощи и самостоятельности.

Популяризация трудовой деятельности с широким освещением льгот и преимуществ, предоставляемых как работодателям, так и инвалидам

5. Полное открытое информационное обеспечение цепочки реабилитации на всех уровнях.

Повышение информированности – о заболевании, о ресурсах помощи и т.д. – сквозная задача, которая должна пронизывать все структуры реабилитационного процесса, начиная от служб МСЭ, поликлиник и

медицинских центров. Информационные материалы (брошюры, памятки, информационный бюллетень для инвалида) должны быть доступны с момента установления диагноза, – тем самым будут существенно снижаться риски психологического напряжения от полученного диагноза и создаваться почва для формирования активной позиции в отношении собственной жизни.

6. Создание непрерывной цепочки действий в системе реабилитации, куда были бы подключены все субъекты, и где бы последовательно предоставлялись возможности для реинтерграции в общество людей, имеющих инвалидность.

Долгосрочная задача – создание среды здоровой конкуренции реабилитационных учреждений, которая будет стимулировать и государственные, и негосударственные учреждения реабилитации повышать качество услуг, расширять их спектр, делая их более привлекательными для граждан.

*Направления развития общественного участия в системе медико-социальной реабилитации*

*Ресурсы государственной системы реабилитации – отличительные особенности:*

- экстенсивный характер – охват широкого потока людей с инвалидностью;
- большие ресурсы и материально-техническая база для решения вопросов реабилитации.

*Ресурсы негосударственной системы реабилитации – отличительные особенности:*

- интенсивный характер – возможность более внимательно погрузиться в определенную целевую группу по профилю заболевания, по территории;
- меньшая формализованность, более открытый характер взаимодействия;
- индивидуальный подход;



- большая мобильность и гибкость, оперативность в решении частных возникающих проблем.

Задача НКО в области медико-социальной реабилитации – восполнять объективные ограничения государственной системы. Возможности районных социальных служб в организации непрерывного процесса реабилитации обширного контингента людей с инвалидностью ограничены. НКО могут брать на себя эти задачи. В этом смысле эти две системы – государственная и негосударственная – комплементарны.

*Условия для полноценного сотрудничества государства и третьего сектора:*

Открытость к взаимодействию региональных органов управления социальной защиты.

Активность и компетентность общественных организаций, готовность активно включиться в совместную деятельность.

Согласование правил работы – важное условие конструктивного взаимодействия.

Практическая деятельность в области реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов[1] (ИПРА) регламентируется, прежде всего, Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 №181-ФЗ, Национальными стандартами Российской Федерации в сфере реабилитации инвалидов [2,3,4] и другими нормативными актами.

В практике их применения возникают определенные сложности, вызванные несовпадением ряда определений и понятий, характеризующих процесс реабилитации в вышеуказанных документах. Так, в статье 9 Закона приведенный Перечень основных направлений реабилитации фактически заменен их составляющими, в то время как определения самих направлений, установленных ГОСТ (включая медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию) не приводятся. Не корреспондируются содержания ряда мероприятий реабилитации, приведенные в ИПРА и

«Базовом (отраслевом) перечне работ и услуг в сфере социальной защиты населения» [5].

В приведённых выше документах имеются и другие различия, осложняющие деятельность организаций работающих по данным направлениям. Выполнение мероприятий реабилитации возлагается на реабилитационные учреждения (отделения). При этом понятие «реабилитационная организация», в том числе «комплексная», «многопрофильная» законодательно не закреплено.

Распределение исполнения мероприятий ИПРА между организациями различных ведомств заставляет инвалидов обращаться в несколько структур, а нередко отказываться от реализации ИПРА. Сокращению их маршрута при реализации мероприятий реабилитации во многом способствовало бы развитие комплексных многопрофильных центров реабилитации инвалидов, совмещающих предоставление услуг по нескольким направлениям мероприятий ИПРА (социальной и профессиональной направленности). Целесообразность формирования комплексных центров исходит из сути содержания процесса реабилитации, его последовательности и непрерывности. Такие центры в порядке преемственности предоставления реабилитационных услуг могли бы самостоятельно взаимодействовать со специализированными реабилитационными организациями, органами службы занятости, образования, культуры и иными структурами.

Определенный опыт создания комплексных центров реабилитации имеется в Воронежской и Свердловской областях.

Схематично технологию работы таких Центров реабилитации по реализации ИПРА можно представить на рис 1. Как видно из схемы, комплексность предоставления реабилитационных услуг достигается путем выполнения мероприятий социальной и профессиональной реабилитации при медицинском и психолого-педагогическом сопровождении. Услуги оказываются в стационарной и полустационарной формах.

Здание Центра должно соответствовать специальному проекту с учетом требований доступности для различных категорий инвалидов. Комплексность предоставляемых услуг обеспечиваться наличием в организации специалистов соответствующего профиля, наличием оборудования, позволяющего оказывать весь комплекс услуг, а так же лицензиями на медицинскую и образовательную деятельность.

Клиентами Центра реабилитации становятся инвалиды трудоспособного возраста различных групп (по разным видам заболеваний), имеющие показания к трудовой деятельности. Длительность их пребывания в Центре реабилитации зависит от степени социальной недостаточности, имеющегося реабилитационного потенциала и целей реабилитации, основанных на рекомендациях ИПРА. В среднем курс реабилитации может занимать 4-6 месяцев, которые можно разделить на несколько этапов:

- диагностика личностных, социально и профессионально важных качеств;
- восстановление и коррекция социально-бытовых и трудовых навыков и умений, психолого-педагогическая
- коррекция, мотивация к труду (обучению);
- обучение самостоятельной жизнедеятельности, профессиональная подготовка, трудовая адаптация.



Рисунок 1. Комплексная схема реабилитационного процесса молодого инвалида

Среди вышеуказанных этапов реабилитации восстановление и коррекция представляется наиболее важным периодом, направленным на помощь в восстановлении навыков к выполнению бытовых и трудовых операций, в том числе при помощи приспособлений и подбора эргономически обоснованных условий труда.

Основная цель восстановления и коррекции - минимизировать зависимость инвалида от посторонней помощи. Этап включает обучение владению техническими средствами реабилитации, ручным и механическим инструментом, необходимым для дальнейшего обучения, по выбранной

профессии и т. д. Проводятся мероприятия психологической коррекции, социально-средовой, социокультурной реабилитации, психологические тренинги, занятия физкультурой и спортом. Результатом данного этапа является заключение о степени готовности инвалида к дальнейшему обучению и ориентации в социуме.

На завершающем этапе инвалиду предоставляется возможность обучиться самостоятельному ведению домашнего хозяйства, приобрести необходимые трудовые навыки или пройти профессиональную подготовку по одной из профессий, по которой Центр реабилитации имеет лицензию на образовательную деятельность.

К основным программам профессиональной подготовки, которые могут реализоваться в Центре реабилитации, это - компьютерные технологии (прикладные программы), включая обучение незрячих по программе «Оператор ЭВМ без зрительного контроля».

Программа подготовки водителей категории «В» из числа инвалидов, прошедших медицинскую комиссию, включая инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы на автомобилях с ручным управлением. Обучение инвалидов вождению автомобиля значительно расширяет их доступ к объектам социальной инфраструктуры, в определенной степени способствует расширению самостоятельности.

В числе рабочих профессий, по которым может проводиться подготовка в Центре реабилитации - швея, портной, закройщик, вышивальщица, вязальщица трикотажных изделий, полотна, или профессии - столяр, мастер по ремонту обуви и др. Сюда может входить и изучение народного художественного творчества, освоение плетения из ивового прута и бересты, резьбы по дереву, изготовление изделий из бисера, изделие из валенной шерсти и др. По завершении курса обучения может выдаваться свидетельство установленного образца.

День регламентируется расписанием, которое помимо перечисленных мероприятий, может включать медико-социальные услуги, консультации, а также занятия в кружках, экскурсии, занятия спортом, культурный отдых.

Подобная организация работы Центра, основанная на комплексном подходе, показывает ее эффективность, обусловленную всесторонним воздействием на личность инвалида в целях ее социализации. На время реабилитации инвалиды могли бы проживать в социальной гостинице при Центре. Технология работы Центра реабилитации может включать также реализацию программ курсовой подготовки специалистов, предоставляющих услуги инвалидам по овладению тифло-сурдо переводом, организации сопровождения инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи, и другие программы. Совместно с органами службы занятости проводить ярмарки вакансий, круглые столы и другие мероприятия.

Несмотря на значительный перечень реабилитационных услуг, которые способны оказывать центры реабилитации, для завершения реабилитационного цикла и в целях оптимизации процесса реабилитации им необходимо взаимодействие с социальными партнерами: органами образования, занятости, культуры и другими. Поскольку Закон не содержит положений, регламентирующих деятельность центров реабилитации, то и порядок их взаимодействия с другими органами, оказывающими услуги инвалидам, не установлен. Необходимость такого взаимодействия можно показать на примере предоставления услуг профессиональной реабилитации, возложенных на органы занятости населения.

Согласно закону Российской Федерации от 19.04.1994 №1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» [6] (статья 12), государство гарантирует безработным гражданам, наряду с другими мероприятиями, бесплатное получение услуг профессиональной ориентации и психологической поддержки, профессионального обучения и профессионального образования, являющихся составляющими мероприятиями профессиональной реабилитации. Однако это касается лишь

лиц, признанных безработными. Не ясна структура системы профессиональной реабилитации для инвалидов, не зарегистрированных в качестве безработных. Инвалиды, проживающие в районах с неразвитой сетью реабилитационных учреждений, находятся в дискриминационных условиях относительно реализации ИПРА в городах области.

Как одно из предложений уравнивания инвалидов в правах на реабилитацию и оптимизацию затрат на создание и содержание реабилитационных центров представляется целесообразным рассмотрение вопроса о создании межрегиональных центров реабилитации на базе имеющихся организаций реабилитации. Основанием для их создания могло бы стать принятие межрегиональной государственной программы реабилитации и содействия занятости инвалидов. В рамках этих программ, возможно, в пилотном режиме, было бы, на наш взгляд, целесообразно разработать организационно-экономические условия финансирования таких центров реабилитации на основе квотирования мест для инвалидов, проживающих в городах (районах) округа. Значимым могло бы стать создание межведомственных региональных центров, взаимодействующих с органами службы занятости и социальной защиты в рамках выполнения наиболее сложных мероприятий ИПРА.

Подводя итог вышесказанному, в целях совершенствования системы реабилитации инвалидов представляется необходимым:

создание межведомственных центров реабилитации инвалидов;

определение порядка взаимодействия центров реабилитации с их социальными партнерами: органами занятости, социальной защиты, образования, организациями культуры и спорта и др. в целях реализации ИПРА;

внесение в законодательство положений о гарантиях предоставления инвалидам мероприятий ИПРА в части медицинской, социальной, профессиональной реабилитации.

Переход от медицинской к социальной модели понимания инвалидности требует изменения мировоззрения. Важность таких понятий, как человеческие права, достоинство, развитие человеческого потенциала, общественных ресурсов, делает акцент на качестве, как самих услуг, так и на подходе к созданию этого качества организаций и специалистов, предоставляющих услуги, ставит саму суть термина «качество» в прямую зависимость от понятия «система».