

**Е.Р. Ярская-Смирнова
Э.К.Наберушкина**

Social work with persons with disabilities

**СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА
С ИНВАЛИДАМИ**

Учебное пособие

Санкт-Петербург 2004

ББК 67.627.6
УДК 369.06
Я 77

Рецензенты

Е.А.Маврина, доктор медицинских наук, профессор кафедры экономики управления здравоохранения и медицинского страхования Саратовского государственного медицинского университета

П.В.Романов, доктор социологических наук, профессор кафедры социальной антропологии и социальной работы Саратовского государственного технического университета

Рекомендовано УМО по образованию в области социальной работы в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки и специальности «Социальная работа»

Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К.

Я77 Социальная работа с инвалидами. Учеб. пособие. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2004. 316 с.: ил.

ISBN 5-7433-1217-6

В книге рассмотрены наиболее важные теоретико-методологические вопросы социальной работы с инвалидами, обсуждаются основные аспекты организации и планирования мер социальной политики в отношении данной категории граждан. Учебное пособие предназначается для студентов, магистрантов, аспирантов и специалистов в области социальной политики и социальной работы, специализирующихся в области социальной защиты инвалидов. Настоящее пособие подготовлено при поддержке Совместного Европейского проекта ТЕМПУС (Тасис) T_JER 10808-1999 «Развитие профессионального образования по социальной работе в России»

ISBN 5-469-00032-X

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. ИНВАЛИДНОСТЬ И ОБЩЕСТВО	7
Определение инвалидности	7
История отношения общества к инвалидам	8
Образы инвалидности в культуре	10
Современные представления об инвалидности	13
Статистика инвалидности	19
2. СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ	31
Формирование системы социальной защиты инвалидов	31
Обязательства современного государства и общества перед инвалидами	41
Нормативно-правовой контекст инвалидности	47
Проблемы создания безбарьерной среды обитания	63
Льготы и компенсации в системе социальной защиты инвалидов	73
Реализация инвалидами права на здоровье	76
Жилищная политика в отношении инвалидов	84
Где должны обучаться инвалиды?	87
Инвалидность и занятость	110
Финансирование социальной защиты инвалидов	119
3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПРОБЛЕМОЙ ИНВАЛИДНОСТИ	125
Социальное обслуживание инвалидов	125
Типы учреждений для детей-инвалидов	133
Понятие социальной работы	137
Какие особенности семей с детьми-инвалидами нужно учитывать в социальном обслуживании?	139
Системный подход в социальной работе	148
с инвалидами	148
Технологии социальной работы с инвалидами	151
Ранняя интервенция в системе социального	167
обслуживания семей с детьми-инвалидами	167
Оккупационная терапия как технология медико-социальной работы с инвалидами	172
Эффективность социального обслуживания инвалидов	181
4. НЕЗАВИСИМАЯ ЖИЗНЬ ИНВАЛИДОВ КАК ЦЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	188
Концепция независимой жизни инвалидов	189
Центр Независимой жизни как модель социального обслуживания инвалидов	192
Общественные организации инвалидов и задачи социального партнерства	202

Язык и этикет общения с инвалидами	208
Гендерный подход: социальное обслуживание мужчин и женщин с инвалидностью	212
Формирование позитивного общественного мнения.....	217
об инвалидах как задача социальной работы	217
Приложение 1	231
Жизненная история инвалида.....	231
Приложение 2.....	235
Федеральный Закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 года	N
195-ФЗ.....	235
Приложение 3.....	243
Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ	243
Приложение 4.....	267
Образец программы семинара по вопросам инвалидности и СМИ (один или два дня)	267
Приложение 5.....	269
Основы этикета в общении с инвалидами	269
Приложение 7.....	275
Перечень законодательных, нормативно-правовых актов и нормативных документов, необходимых для руководства при разработке проектной документации на строительство и эксплуатацию объектов социальной инфраструктуры с учетом потребностей инвалидов.....	275
Приложение 7.....	277
Должностная инструкция социального работника	277
Приложение 8. Приказ «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной Экспертизы	282
Приложение 9. Российские организации инвалидов и стран СНГ (выборочный список).....	288

ВВЕДЕНИЕ

Знание причин социального неравенства и способов его преодоления является важным условием социальной политики, выступает на современном этапе в качестве насущного вопроса в обсуждении развития всего российского общества. Такие проблемы, как бедность, инвалидность, сиротство, становятся объектом исследований и практики социальной работы. Организация современного общества во многом противоречит интересам женщин и мужчин, взрослых и детей с инвалидностью. Символические барьеры, выстраиваемые обществом, сломать порой гораздо сложнее, чем физические препятствия, здесь требуется развитие таких культурных ценностей гражданского общества, как толерантность, эмпатия, уважение человеческого достоинства, гуманизм, равенство прав.

В целом ряде зарубежных и отечественных учебных пособий дети и взрослые с инвалидностью показаны объектами заботы, неким обобщенным грузом, который приходится нести заботящимся о них близким, обществу, государству. Вместе с тем существует и другой подход, который привлекает внимание к жизненной активности самих инвалидов. Речь идет о формировании новой концепции независимой жизни при одновременном акценте на взаимную помощь и поддержку в совместном совладании с новыми испытаниями, вызванными инвалидностью. Эти работы основываются на так называемой социальной модели инвалидности, которая отсчитывает свое начало с 1970-х годов с публикаций британских ученых – активистов организаций инвалидов, а также американских исследований социальных движений. В тот период авторы выступали против содержания инвалидов в интернатах и доказывали несостоятельность традиционных патерналистских установок, свойственных социальной политике. Данное учебное пособие развивает именно социальную модель и опирается на принципы независимой жизни инвалидов.

Пособие было создано в рамках международного проекта ТЕМПУС/Тасис Европейского Союза, который назывался «Развитие профессионального образования по социальной работе в России». Источниками послужили исследования, проведенные авторами, статьи и пособия, разработанные в Саратовском государственном техническом университете, предоставленные нашими зарубежными партнерами из Бирмингемского (Великобритания) и Гетеборгского (Швеция) университетов, а также материалы, опубликованные на сайтах организаций инвалидов в Интернет.

Учебное пособие включает теоретический материал, вопросы и задания для практических занятий, списки литературы. Пособие состоит из четырех глав. Первая глава «Инвалидность и общество» раскрывает различные подходы к пониманию и определению инвалидности в истории общества и культуры. Современные представления об инвалидности показаны в аспекте противоречия между медицинской и социальной точками зрения.

Приводятся аргументы в пользу социальной модели объяснения инвалидности. Здесь же рассматриваются проблемы формирования статистики инвалидности в современной России.

Вторая глава «Социальная политика в отношении инвалидов» посвящена рассмотрению основных принципов, на которых базируются взаимоотношения инвалида и государства. Здесь рассматриваются основные вехи формирования системы социальной защиты инвалидов в России, современный нормативно-правовой контекст инвалидности. Особое внимание уделяется вопросам создания безбарьерной среды жизнедеятельности и занятости инвалидов на основе анализа законодательства. Осуществляется анализ системы льгот и компенсаций, рассматриваются вопросы финансирования социальной защиты инвалидов.

Третья глава «Социальные услуги для людей с инвалидностью» включает обсуждение понятия социального обслуживания инвалидов в соответствии с законодательством, содержит описание задач и принципов социальной работы с инвалидами. В социальном обслуживании необходимо знание особенностей семей с детьми-инвалидами. Социальная работа с инвалидами основывается на принципах системности, поэтому в учебном пособии приводится описание системного подхода и таких технологий в системе социального обслуживания, как ранняя интервенция и оккупационная терапия. Особое внимание уделяется проблеме образования инвалидов.

В четвертой главе «Независимая жизнь инвалидов как цель социальной политики и социальной работы» рассматривается концепция независимой жизни, дается характеристика Центра независимой жизни как модели социального обслуживания, раскрывается роль социального партнерства как ресурса независимой жизни. Самостоятельные разделы посвящены вопросам нондискриминации в социальной работе с инвалидами: речь идет о языке и этикете общения с инвалидами, а также гендерных аспектах инвалидности и гендерно чувствительной модели социального обслуживания. В этой главе особое место уделяется проблеме формирования позитивного общественного мнения об инвалидах посредством взаимодействия со СМИ. Рассматривается роль кино в преодолении негативных стереотипов к инвалидам. В Приложениях помещены тексты и перечни нормативно-правовых документов, материалы о независимой жизни и правила общения с инвалидами.

Надеемся, что и студенты, и специалисты социальной сферы, и сами инвалиды смогут почерпнуть из этого пособия ресурсы для развития новых форм поддержки со стороны государственных и общественных организаций. Внимание к принципам независимой жизни инвалидов будет способствовать развитию профессии социальной работы.

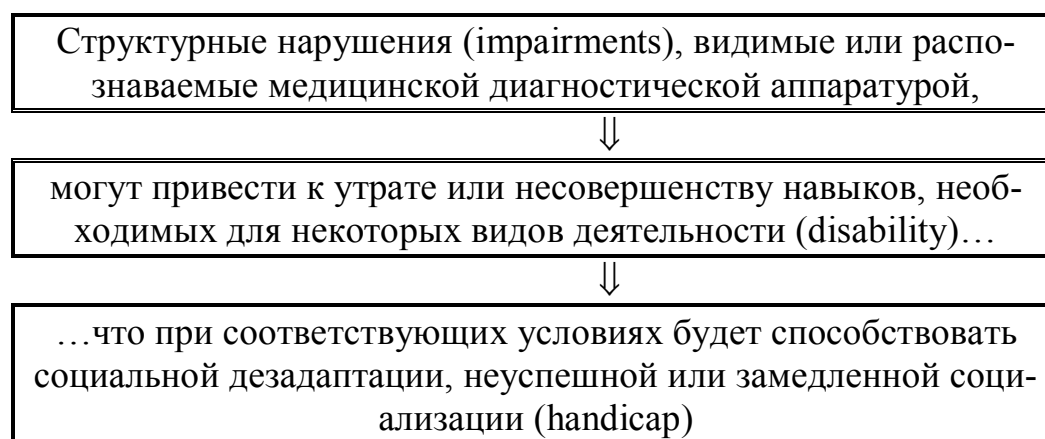
1. ИНВАЛИДНОСТЬ И ОБЩЕСТВО

Определение инвалидности. История отношения общества к инвалидам. Образы инвалидности в культуре. Современные представления об инвалидности. Медицинская и социальная модели инвалидности. Инвалидность: мифы и реальность. Статистика инвалидности

Определение инвалидности

Согласно российскому законодательству, инвалид – это «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение жизнедеятельности определяется как «полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью».

Это определение сравнимо с тем, которое дается Всемирной организацией здравоохранения:



Люди с ограниченными возможностями имеют функциональные затруднения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за предрассудков общества в отношении к инвалидам. Для того, чтобы снизить воздействие этих ограничений, разработана система государственных гарантий по социальной защите инвалидов. *Социальная защита инвалидов* – система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации)

ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Международное движение за права инвалидов считает наиболее правильным следующее понятие инвалидности: «Инвалидность - препятствия или ограничения деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными и психическими отклонениями, вызванные существующими в обществе условиями, при которых люди исключаются из активной жизни» Таким образом, инвалидность - одна из форм социального неравенства.

Источник: Региональная общественная организация инвалидов «Перспектива» <http://perspektiva-inva.ru/publications-other-inostranets.shtml>

Благодаря новой государственной социальной политике, исследователям и социальным работникам, просветительской деятельности ассоциаций, выступающих за соблюдение прав человека, постепенно происходят изменения, в том числе и в самом языке. Слово *инвалид*, буквально переводимое с латыни как недействительный, неосновательный, за рубежом сегодня уже практически выходит из употребления, люди избегают употреблять такие "ярлыки", как *глухой, слепой, заика*, заменяя их сочетаниями "ослабленный слух (зрение, речевое развитие)".

В русском языке уже стало привычным называть человека с серьезными нарушениями здоровья инвалидом. Сегодня именно это слово употребляется для определения степени сложности заболевания и определения социальных льгот, предоставляемых в этом случае человеку. В то же время наряду с понятием «инвалидность» применяются и такие понятия, как *ограничение возможностей, нетипичное состояние здоровья, особые потребности*.

История отношения общества к инвалидам

В истории отношение общества к людям с нарушениями развития было неодинаковым. В средневековье господствовало представление о физических дефектах как наказании за грехи или знаке причастности к злым духам. Это отношение часто вело к тому, что людей с физическими недостатками избегали и боялись, или расценивали инвалидов как "больных", причем наиболее приемлемым образом жизни больных были их заточение, изоляция, а не участие в работе и нормальной жизни общества. Вместе с тем, те или иные формы социальной помощи, защиты и заботы существовали во все времена и у всех народов, отражаясь в верованиях, мировоззрении или идеологии.

Однако, в рамках социальной политики идея социальной интеграции инвалидов начала широко реализовываться только в двадцатом столетии и

прежде всего через защиту равных с другими прав для отдельных слоев общества. Инвалиды оказались последними в ряду тех, кто обрел на Западе равные со всеми права. Общество не сразу осознало, что нет смысла в демократии, если существует социальная изоляция инвалидов. Этому осознанию способствовали общественные движения, выступления ученых и активистов из числа инвалидов.

Целая волна исследований об условиях и последствиях заболеваний, о функционировании мозга прошла на Западе в период после Первой мировой войны. Благодаря новому знанию изменилось отношение общества к инвалидам, укорененное ранее в непонимании и невежестве. Произошли изменения и в социальной политике, заключающиеся прежде всего в создании системы услуг. Определенный шаг в признании прав и достоинства инвалидов просматривается еще и в том факте, что на пост президента США был выбран Франклин Рузвельт, обе ноги которого были парализованы. Ветераны Второй мировой войны, ставшие инвалидами в результате ранений, также способствовали популяризации идеи человеческого достоинства, и многие двери открылись тем, кто раньше находился в изоляции.

В 1950-60 годы, возникнув в Швеции, в странах Запады распространяется подход *нормализации* в социальной политике по отношению к инвалидам. Возможности для самостоятельного проживания постоянно увеличиваются. В большинстве современных жилищных проектов представлены так называемые групповые дома, где жильцы имеют общие расходы на питание, транспорт и дежурную помощь. Такие дома появились на Западе уже с начала 1970-х годов, вытеснив дома-интернаты для инвалидов.

Примерно с конца 1960-х – начала 1970-х гг. в США, Швеции и некоторых других развитых странах правительства под влиянием общественных движений инвалидов и проведенных исследований начали проводить в стране политику «деинституционализации». Речь шла о том, чтобы люди, содержащиеся до того в закрытых учреждениях-институциях (интернатах, колониях, психиатрических госпиталях, детских домах), могли жить, получать лечение, проходить реабилитационные, коррекционные и образовательные программы в более мягких условиях. Такие условия могли представить приемные семьи, диспансеры, службы социально-психологической поддержки, добровольческие программы помощи и так называемые групповые дома (малокомплектные интернаты на 8-10 человек, включая небольшой персонал). В основе идеи групповых домов находилось гуманистическое убеждение, что люди с умственной отсталостью могут достаточно самостоятельно жить в общине, быть включенными в социальный мир.

В то время утверждались принципы защиты прав клиента и уважения человеческого достоинства, согласно которым людям следует жить и получать необходимые услуги (медицинские, образовательные, социальные) в наименее ограничивающем окружении. Ведь ни для кого не секрет, что у

детей, большую часть времени проводящих в интернате, отсутствует личный опыт интимных, близких, человеческих отношений. Некоторые дети привыкают к тому, что к ним относятся как к беспомощным и неспособным, и демонстрируют соответствующие модели поведения, чтобы снизить уровень требований, предъявляемых к ним.

Одним из важных понятий процесса деинституционализации было «достоинство риска» - предположение, что те, кто высвобождается из-под строгой опеки, должны иметь право делать все, что и остальные люди, в том числе и случайные ошибки. Частично опыт взросления приобретается тогда, когда мы учимся на своих ошибках. На практике это право редко дается тем, у кого есть умственная отсталость. Наблюдения привели к заключению, что профессиональные работники, ухаживающие и работающие с этими людьми, сознательно или неосознанно относились к ним так, как будто те нуждались в постоянной защите от причуд системы социального обеспечения, от жестокости «нормального» мира, от их собственных «нехороших импульсов». Люди с умственной отсталостью считаются очень сильно зависимыми от окружающих, и многие окружающие, особенно родственники, относятся к ним, как к детям. Однако в своих беседах с исследователями они рассказывали о своем недовольстве в связи с тем, что их не воспринимают как взрослых. Выводы ученых убеждают, что с людьми возможно и даже нужно вести открытые диалоги, начиная их с особым терпением и участием, желанием понять тот реальный контекст, в котором люди с умственной отсталостью проживают свою жизнь.

Современная эпоха устанавливает социальную справедливость и равноправие в качестве нравственных основ общества. Принципы уважения человеческого достоинства независимо от состояния физического и психического здоровья, возраста, пола, вероисповедания и социального положения включают соблюдение прав человека, включая право на медицинское обслуживание, образование и труд¹.

Образы инвалидности в культуре

Особенно ярко проявляется меняющееся отношение общества к инвалидам в литературе и искусстве, в частности, в кино. Известны экранизации советских литературных произведений Н.Островского «Как закалялась сталь» (М.Донской, 1942), и «Повести о настоящем человеке» Б.Полевого (А.Столпер, 1948), которые представляют истории известных героев, защитников Отечества, преодолевающих собственную неподвижность и пренебрежительное отношение общества. Фильм «Председатель» (А.Салтыков, 1964) рассказывает о сопротивлении инвалида-фронтовика

¹ См.: Астапов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. М., 1995.

консервативным стереотипам (в главной роли – Михаил Ульянов). В фильме «Не могу сказать: прощай!» (Б.Дуров, 1982) главный герой, прикованный к постели из-за травмы спины, переживающий переоценку собственных жизненных ценностей, кардинально изменив свой образ жизни и образ мыслей, все же с помощью друзей и любящей его женщины становится социально активным, придает своей жизни новый достойный смысл. Героя фильма «Время отдыха с субботы до понедельника» (И.Таланкин, 1984) – безногого ветерана – вскоре после войны насильно отправляют на Валаам в дом-интернат. Однако, его воля не сломлена, и духовно он намного выше многих других персонажей фильма – здоровых, образованных и хорошо устроенных в обществе.

Известные американские фильмы, где в качестве главного героя выведен инвалид, это, например, «Человек дождя» (Б.Левинсон, 1988), «Рожденный четвертого июля» (О.Стоун, 1989), «Форрест Гамп» (Р.Земекис, 1994), «Великан» (П.Челсон, 1998). Франко-бельгийский фильм «День восьмой» (Ж. ван Дормал, 1996) – психологическая драма, прозванная европейским «Человеком дождя». История путешествия переживающего семейный кризис бельгийского бизнесмена Гарри в компании забытого собственной матерью Жоржа, диагноз которого – синдром Дауна. В процессе общения с открытым, искренним Жоржем в душе циничного Гарри происходят благотворные перемены, у него появляется шанс научиться понимать и прощать ближних.

Как видим, в основном в героях кинематографа оказываются инвалиды-мужчины. Это происходит потому, что инвалидность здесь используется либо как инструмент для переделки «здорового, но неблагородного» главного героя, либо как метафора преодоления бессилия, как образец мужества, как яркий пример конфликта мужественности и жалости. Именно этот ролевой конфликт попадает в центр внимания массовой культуры, которая обращается к образу инвалидности, олицетворяющей слабость, зависимость, уязвимость, потерю мужественности. Персонаж Тома Круза в фильме «Рожденный четвертого июля» – это «классический» американский инвалид: молодой белый (европеоидный) парализованный ветеран войны, с трудом привыкающий к своей инвалидности, которая здесь характеризуется в контексте импотенции или сексуальной неспособности, но впоследствии достигающий высокого социального статуса и признания, возвращает себе мужские качества активности, инициативы и контроля, участвуя в пацифистском движении.

Стереотипные образы женственности и инвалидности как пассивности усиливают друг друга, ассоциируясь с жалостью, бессмысленной трагедией, болью, святостью и бесплотностью. И, несмотря на то, что демографическая реальность характеризуется преобладанием среди инвалидов пожилых женщин, подобные кинорепрезентации очень редки и в основном негативны: женщины-инвалиды считаются неадекватными как для эконо-

мического производства (традиционно более подходящего для мужчин, чем для женщин), так и для традиционно женских репродуктивных ролей.

Хотя негативный образ истерической женщины, как правило, нужный для того, чтобы оттенять выгодные стороны положительного персонажа-мужчины, есть практически в каждом произведении кинематографа, фильмах, где главная героиня – это женщина, имеющая проблемы физического или психического развития, – довольно редки. Один из примеров – это картина «Другая сестра» (Г.Маршалл, 1999) – о любви и счастье, которого достойны все люди, невзирая на их умственные способности. «Оазис» (Ли Чан Дон, 2002) – корейский фильм о любви никому ненужного, простого, но благородного паренька к девушке с церебральным параличом, которую ее родственники не любят, но терпят ради хорошей квартиры. Фильм потряс многих зрителей, а кинообозреватели продемонстрировали неспособность размышлять о тяжелых формах инвалидности и об инвалидах не как объектах жалости и насмешки, а как о субъектах собственной судьбы, о людях, исполненных достоинства и гордости. Поэтому многие критики посчитали, что метафора оазиса использована режиссером в связи с понятием миража, чтобы показать невозможность и недостижимость счастья для тех,



чье тело не соответствует никаким канонам, кого общество воспринимает как изгоев. На самом деле, именно любовь становится оазисом для тех, кто используется окружением, кого не ценят и избегают родные и близкие.

В июне 2002 г. в Московском Доме фотографии состоялась выставка работ известных европейских фотографов «Снимки, которых не хватало»¹. На этих снимках представлены образы инвалидов – художественные, глубоко философские, драматичные или с юмором, но самое главное – непривычные, ломающие стереотипные представления об инвалидах как больных маргиналах и открывающие новые современные горизонты понимания инвалидности и общества.

Авторы, работы которых были представлены на этой выставке, вглядываются в индивидуальность инвалидов, избегая клише и штампов, подтверждая тот факт, что в наше время отношение к человеку с умственными и физическими недо-



¹ «Снимки, которых не хватало» <http://www.m>

статками кардинально изменилось. Современное цивилизованное общество приходит к пониманию того, что инвалиды вправе принимать полноценное участие в социальной и культурной жизни.

Современные представления об инвалидности

Современные представления об инвалидности можно условно разделить на две группы – медицинскую и социальную. Первая точка зрения начинается с объяснения инвалидности с того, что делает акцент на диагнозе органической патологии или дисфункции, приписывая инвалидам статус больных, отклоняющихся (девиантов), и приходит к выводу о необходимости их исправления или изоляции.

Иллюстрация первой точки зрения: «инвалидность как болезнь или патология»

...Невропатолог, у нее мы стояли на учете, вот она сказала, что мальчик ей не нравится, за ним надо понаблюдать. Наблюдались мы в течение трех месяцев, а в три месяца она еще даже и не поставила нам диагноз. Сказала, что в четыре месяца точно определю, что с ним. В четыре месяца она поставила диагноз ДЦП у него, вот Я не знала что это такое, причем она мне сказала, что это диагноз - ДЦП - инвалид на всю жизнь. Причем такими словами сказала, что: не тратьте на него средств, он совершенно безнадежен, я Вам не советую никуда ездить. Причем я когда выходила из кабинета, Вы представляете, что это для меня такое было, такие слова. Я говорю а чем же его, хоть чем-то можно лечить. Она говорит, ну, давайте аминолон.... Вот, это буквально ее слова. Вот и все, с этим я ушла из ее кабинета... (из интервью с матерью ребенка-инвалида)

На этом примере видно не только то, что диагноз ставится с запозданием, что усугубляет проблемы ребенка и семьи. Главное – это отношение специалиста к ребенку с инвалидностью и его семье. В этом отношении отчетливо ощущается та стена, которая служит социальной изоляции инвалидов. Медицинская модель инвалидности очень распространена в обществе, она порождает множество мифов, которые выстраивают барьеры между инвалидами и другими людьми. Реальность опровергает многие из этих мифов. В приложении приведена история Шамиля Шакшакбаева из Челябинска, которая иллюстрирует, как далеки порой общественные представления об инвалидах от настоящей жизни.

Мифы...

...и реальность

<p>Образ жизни инвалидов коренным образом отличается от образа жизни других людей; многие инвалиды не способны вступать в интимные отношения; инвалиды не могут быть родителями; инвалидам всегда требуется помощь.</p>	<p>Инвалиды посещают школы, женятся и выходят замуж, могут рожать или усыновлять детей, работают, имеют семьи, стирают, ходят в магазины, смеются, плачут, платят налоги, сердятся, имеют предрассудки, голосуют, планируют и мечтают, как все другие люди; многие инвалиды самостоятельны и способны сами помочь другим</p>
---	--

Сегодня готовятся законы об интегрированном обучении, работают центры реабилитации, что свидетельствует в пользу другого подхода. С этой точки зрения, состояние человеческого организма может быть по-разному воспринято самим человеком и окружающими и иметь разные последствия для участников взаимодействия в зависимости от их пола и возраста, культурных традиций и социальных условий, то есть контекста рассматриваемой ситуации.

Если это так, то инвалидность можно понимать не только как физиологическую патологию организма, дефект внешнего вида или поведения человека, но и как социальное определение, «ярлык». Этот ярлык - *знание об инвалидности* - может приклеить человеку какая-то конкретная социальная система, в которой данное состояние принято считать отклонением от нормы. Изменив социальное окружение, перейдя в другую социальную группу, мы можем снять с себя этот ярлык или сменить его на другой, который в меньшей степени будет ограничивать наши возможности.

**Иллюстрация второй точки зрения:
«инвалидность как результат социальных отношений»**

Американская исследовательница Джейн Мерсер провела в 1960-е годы исследование в интернате, где содержались молодые американцы с умственной отсталостью. Простой анализ учетных карточек показал, что в интернате по прошествии некоторого срока лечения и обучения оставались пациенты из обеспеченных семей, а представители бедных, малообразованных слоев, чаще всего этнических меньшинств не только возвращались к родителям, но еще заводили свои семьи и работали.

Объясняя причины такого положения, Дж. Мерсер отмечает, что семьи отличались по следующим причинам:

во-первых, определение умственной отсталости богатыми семьями совпало с официальным диагнозом, поставленным врачом, и общепринятыми представлениями о подобном диагнозе, тогда как бедные семьи о таком диагнозе могли и не слышать

во-вторых, бедные семьи были более других уверены в том, что пациент может измениться – поправиться;

в-третьих, бедные семьи были глубоко убеждены в том, что человек сумеет жить в семье, в своей общине, вне интерната и, возможно, выполнять роль самостоятельного взрослого;

в-четвертых, семьи с высоким уровнем образования и дохода, как правило, сами привозили ребенка в интернат, а бедные семьи, напротив, выражали свое несогласие, когда врач ставил диагноз и советовал отправить ребенка в учреждение. Женщина латиноамериканского происхождения заявила, что хотя ее сын не умеет читать и писать, он абсолютно нормален: ведь она сама не обучена грамоте. Как правило, в таких семьях диагностика умственной отсталости или других нарушений развития ребенка происходит с большим запозданием.

Что мы видим на этом примере? Получается, что инвалидность – это не какая-то раз и навсегда данная, зафиксированная, стабильная реальность, а такое положение дел, которое зависит от многих факторов, причем в первую очередь именно от социальных и культурных: от того, что тем или иным обществам и группам об инвалидности известно, какие существуют критерии ее определения, как конкретные люди, семьи, специалисты, общество относятся к инвалидам, как в обществе распределены ресурсы... Смысл понятия инвалидности меняется в зависимости от культурных традиций и социальных условий, от пола, возраста и других статусных различий взаимодействующих между собой участников ситуации. Социальные проблемы инвалидов следует рассматривать не с точки зрения патологии человека, семьи или группы, которых следует излечить или изолировать от общества.

Нарушение физического или психического развития, как и любое функциональное изменение организма, старение или болезнь, - это больше, чем просто медицинское явление. Как это нарушение отразится на самом человеке – ребенке или взрослом, мужчине или женщине, на его или ее семье, других окружающих, зависит от того, насколько гуманно и цивилизованно общество в целом. Даже отношение к инвалиду в семье во многом может зависеть от отношения к нему в обществе. Вот почему ограничение возможностей следует понимать как процесс, в котором нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают деятельность человека или функционирование его органов затрудненным или невозможным. Причиной ограниченных возможностей может стать, например, недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских и социальных услуг, необходимых конкретному ребенку.

Итак, представления об инвалидности можно отнести либо к медицинской, либо к социальной модели. Медицинская модель зародилась в недрах систем здравоохранения и социального обеспечения (иногда ее еще называют «административной моделью»). Идеология медицинской модели оказывает определенное влияние на законодательство, социальную политику и организацию социального обслуживания. Вышеприведенные определения ВОЗ и определение инвалидности в законодательстве очень близки к этой модели, воплощая следующую схему: недуг – состояние здоровья или диагноз (например, спинномозговая травма); ограниченные возможности – физические или функциональные ограничения (например, неспособность ходить); недееспособность (например, неспособность работать).

Социальная модель инвалидности отсчитывает свое начало с 1970-х годов с публикаций британских ученых – активистов организаций инвалидов, а также американских исследований социальных движений. В тот период авторы выступали против содержания инвалидов в интернатах и доказывали несостоятельность традиционных патерналистских установок, свойственных социальной политике.

Современная профессиональная социальная работа с инвалидами основывается на понимании инвалидности не как патологического состояния, но как процесса ограничения возможностей, при котором нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды снижают активность человека и затрудняют его социальную деятельность. Причиной ограниченных возможностей может стать недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских и социальных услуг, необходимых конкретному ребенку, подростку, взрослому человеку.

	Медицинская (административная) модель	Социальная модель
Происхождение	Модель создана медиками и рассматривает «проблемы» в жизни инвалидов как результат их нарушения.	Модель, созданная самими инвалидами, среди которых есть исследователи и политические деятели, рассматривает проблемы инвалидов как результат отношения общества к их особым потребностям.
Связь с недугом или с другими людьми	Рассматривает ограниченные возможности в контексте взаимосвязи между отдельным человеком и недугом. Центральной является идея непохожести людей с ограниченными возможностями на других людей.	Инвалидность следует рассматривать с учетом взаимосвязи между отдельным человеком и его окружением (как физическим, так и социальным). Ограниченные возможности как проблема есть результат социального, экономического и политического притеснения внутри общества.
Инвалидность как частная или общественная проблема	Если человек по сравнению с другими чего-то лишен и находится в невыгодном положении, то для него эта ситуация трагическая. Ограниченные возможности являются частью человека, принадлежат ему, являясь его собственной проблемой и его собственной виной.	Людей с ограниченными возможностями скорее нужно рассматривать как притесняемую группу, чем как аномальную или трагическую. Ограниченные возможности – это не «часть человека» и не его вина: человек может стараться ослабить последствия своего недуга, но ощущение ограниченности своих возможностей вызвано не недугом, а отношением людей, барьерами общественного устройства. Создавая барьеры в зданиях и снижая доступность рабочих мест или образования, создавая дефицит информации, общество делает людей инвалидами.

	Медицинская (административная) модель	Социальная модель
Изменения	Человек должен приспособиться к обществу, а если он не такой как все, то он должен измениться, подвергнуться реабилитации, чтобы соответствовать сложившимся представлениям о «норме».	Должен меняться не только человек с ограниченными возможностями, но и общество, которое должно изменить негативные установки, ступени и узкие двери, помочь людям бороться с недугами и предоставить для всех людей равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни и видах социальной активности.
Кто принимает решение	Способности инвалида принимать решения тоже ограничены, поэтому инвалидам следует выполнять условия большинства.	Люди с ограниченными возможностями должны быть интегрированы в общество на их собственных условиях, а не приспособлены к правилам мира «здоровых» людей.
Обучение инвалидов	Должно существовать специальное обучение, узко ориентированное на учащихся с ограниченными возможностями	Для учащихся со специальными образовательными потребностями должен быть обеспечен максимально широкий доступ к общеобразовательной сети.

Статистика инвалидности

В третьем тысячелетии население планеты должно осознать наличие инвалидов и необходимость создания для них нормальных условий жизни. По данным ООН, каждый десятый человек (более 500 млн. чел.) на планете имеет инвалидность, один из десяти человек страдают от физических, умственных или сенсорных дефектов и не менее 25 % всего населения страдают расстройствами здоровья. Примерно, одна семья из четырех имеет в своем составе инвалида. По официальной статистике, в Китае насчитывается более 60 млн. инвалидов, что составляет 5% от численности населения, в США – 54 млн. инвалидов, что составляет 19%, в России сейчас 10 млн. инвалидов (около 7% населения). По оценке Агентства социальной информации, их не меньше 15 млн. Среди нынешних инвалидов очень много молодых людей и детей.

В общем контингенте инвалидов мужчины составляют более 50 %, женщины - более 44 %, 65-80 % составляют люди пожилого возраста. Наряду с ростом численности инвалидов прослеживаются тенденции качественных изменений их состава. В обществе вызывает озабоченность увеличение числа инвалидов среди лиц трудоспособного возраста, они составляют 45 % от числа первично признанных инвалидами граждан. За последнее десятилетие опережающими темпами увеличивалось число детей-инвалидов: если в РСФСР в 1990 году на учете в органах социальной защиты населения состояло 155,1 тыс. таких детей, то в Российской Федерации в 1995 году этот показатель возрос до 453,7 тыс., а в 1999 году - до 592,3 тысяч детей. Вызывает тревогу то, что, по информации Министерства здравоохранения Российской Федерации, ежегодно в России рождается 50 тыс. детей - инвалидов с детства. В последние годы наблюдается увеличение численности инвалидов вследствие военной травмы. В настоящее время их количество составляет почти 42,2 тыс. человек. Лица пенсионного возраста составляют 80 % от общего числа инвалидов, инвалиды Великой Отечественной войны - более 15 %, инвалиды I группы - 12,7 %. II группы - 58 % , III группы - 29,3 %. Структура распределения инвалидности в связи с общим заболеванием в России следующая: на первом месте болезни сердечно-сосудистой системы (22,6%), далее следуют злокачественные новообразования (20,5%), затем травмы (12,6%), болезни органов дыхания и туберкулез (8,06%), на пятом месте – психические расстройства (2,7%). Распространенность инвалидности в целом выше среди городского населения по сравнению с сельскими жителями.

Наличие статистических данных о количестве инвалидов в стране, прогнозирование и выявление динамики роста численности инвалидов, причин инвалидности, разработка системы мер по её предупреждению, определение возможных затрат государства на эти цели имеет важное значение. Настораживающими являются прогнозы динами-

ки роста численности инвалидов в мире, особенно активного трудового возраста, например, в Канаде в течение ближайших 15 лет их число может увеличиться более чем в 2 раза. Рост инвалидов в международном масштабе объясняется как ростом самого показателя, свидетельствующего об ухудшении здоровья жителей планеты, так и расширением критериев определения инвалидности, прежде всего по отношению к лицам пожилого возраста и в особенности к детям. Увеличение общего числа инвалидов во всех развитых странах мира и, особенно, числа детей-инвалидов поставило в число национальных приоритетов этих стран проблему предупреждения инвалидности и профилактики детской инвалидности.

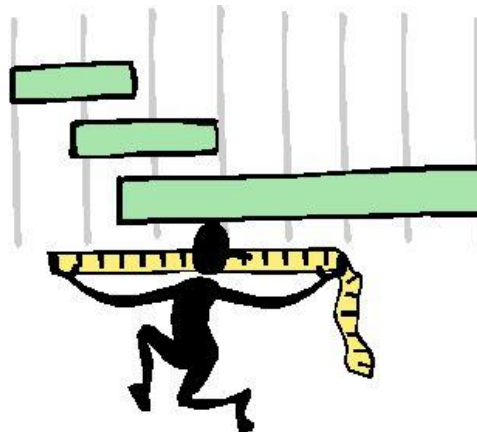
Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации
10 сентября 2001 года
<http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

В узком смысле, с точки зрения статистики, инвалидом является человек, имеющий непросроченное свидетельство об инвалидности, выданное в Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) или в лечебных учреждениях силовых ведомств. Подавляющее большинство таких людей состоит на учете в органах социальной защиты или в аналогичных структурах силовых ведомств как получатели различного рода пенсий, в том числе пенсий не по инвалидности, а по другим основаниям (чаще всего по старости).

В широком смысле в контингент инвалидов входят также лица, попадающие под установленное законом определение инвалидности, но в силу разных обстоятельств не обратившиеся в БМСЭ. Какие же это обстоятельства? Их можно разделить на два класса. Первый связан с развитием здравоохранения и медицины, в частности, диагностики заболеваний и ее доступностью (например, несвоевременное выявление злокачественных новообразований). Второй – с мотивами человека в получении статуса инвалида. В настоящее время эта мотивация выше, чем в прошлом, когда ограничения для трудовой деятельности инвалидов были весьма существенны, а статус инвалида не столь выгоден.

Самым уязвимым звеном российской статистики остается тот факт, что она фиксирует численность инвалидов как получателей социальных льгот, а не как лиц, имеющих физические недостатки. С 1990 года наблюдается рост численности инвалидности, который достиг пиковых значений в 1995-96 гг. Рост числа инвалидов спровоцирован, скорее, не объективными (демографическими) причинами, а социально-экономическими факторами, а именно - резким падением реальных доходов на душу населения и сокращением возможностей занятости.

Трудности анализа проблемы инвалидности и реализации социальной политики в отношении инвалидов связаны с тем, что *инвалидность попадает под наблюдение только при ее юридическом оформлении*. В России статистика инвалидности основана на подсчете выплачиваемых пенсий по инвалидности, а единая надведомственная система регистрации и учета инвалидности отсутствует.



Увеличение инвалидности, с которой мы сегодня сталкиваемся, можно назвать ростом «накопленной» инвалидности. О чем идет речь? В течение длительного времени инвалидность не было столь необходимо оформлять, в то время как показатели заболеваемости и травматизма всегда оставались довольно высокими. Снижение шансов трудоустройства, ненадежность случайных заработков не могут не подталкивать граждан, имеющих основания для получения инвалидности, регистрировать инвалидность. Чтобы выжить в таких условиях, граждане прибегают к аккумуляции всех доступных источников доходов, в том числе системы социального обеспечения.

Динамика роста инвалидности в России характеризуется следующими показателями: *по возрастной структуре* преобладают инвалиды в пенсионных возрастах; *по нозологии* – наиболее часто инвалидность сопряжена с болезнями системы кровообращения; *по тяжести* – преобладают инвалиды второй группы.

Кроме того, если в 1980-х гг. сдерживающим фактором к оформлению инвалидности были ограничения на работу для инвалидов 2-й и 1-й групп, то снятие этих ограничений не только стало прогрессивным шагом в отношении признания инвалида как члена общества, но и повлекло за собой увеличение численности зарегистрированных инвалидов. Поэтому сегодня проблема роста инвалидности – это во многом шанс беднейших слоев населения и прежде всего пенсионеров, безработных поддерживать свой уровень жизни. Среди впервые зарегистрированных инвалидов в 1990-е годы примерно половина – это лица пенсионного возраста.

Еще одна причина резкого увеличения в 1995 году численности инвалидов – это результат вступившего в действие Федерального закона от 12.01.1995г., согласно которому участники войны, которые стали инвалидами вследствие ранения или по другим причинам, получили право на получение двух пенсий – по возрасту и по инвалидности. Всплеск первичной инвалидности сопровождался изменением ее возрастной структуры за счет притока лиц пенсионного возраста и длился ровно год, после чего все возвратилось к прежнему виду. Важным фактором можно признать и возможность получать повышенную пенсию и доплаты к пенсии для ветеранов ВОВ. Таким образом, рост инвалидности определялся несколькими факторами:

во-первых, теми, которые непосредственно связаны с развитием социальной политики в отношении инвалидов. На это указывает введение инвалидности, причиненной радиацией, и признание необходимости расширения возможностей социальной защиты для инвалидов с детства;

во-вторых, социальными и экономическими трансформациями в России и в бывшем СССР, включая рост инфляции, увеличение безработицы и падение уровня жизни;

в-третьих, развитием системы поддержки малообеспеченных (в основном преклонного возраста), использующей в качестве ограничителя критерий инвалидности. На это может указывать развитие системы льгот в последние годы;

в-четвертых, реальным ростом заболеваемости и инвалидности в результате травм, ранений, отравлений и других причин, характерных для социальной ситуации 1990-х годов, в частности последствий боевых действий.

Министр труда и социального развития Российской Федерации Починков А. П. Из доклада на заседании Государственной Думы РФ 6 июня 2002

По состоянию на 1 января 2002 года в России насчитывается 13 тысяч инвалидов боевых действий в Чеченской Республике и в Республике Дагестан. С учетом последствий всех видов военных конфликтов и травмирования в ходе военной службы у нас сейчас в органах социальной защиты населения на учете 85,3 тысячи инвалидов (это без участников Великой Отечественной войны, соответственно). Это те люди, которые стали инвалидами непосредственно в ходе боевых действий. При этом, количество инвалидов, несмотря даже на прекращение боевых действий, будет увеличиваться, потому что люди приходят с расстроенным здоровьем и со временем получают инвалидность. Если мы посмотрим ситуацию по Афганистану, то увидим, что начиная с 1990 года количество инвалидов среди участников боевых действий в Афганистане возросло в 2,5 раза. Здесь, надеюсь, прогрессия будет меньше. Тем не менее вы можете оценить, сколько инвалидов еще появится из числа этого контингента

лиц. По данным нашей статистики, из числа бывших военнослужащих, всех военнослужащих, всего в год инвалидами мы признаем примерно 25 тысяч человек. Из них одна шестая часть, больше 4 тысяч, - это инвалиды вследствие военной травмы.

Особо следует рассмотреть статистику детской инвалидности. Здоровье детей в России катастрофически ухудшается (см.табл. 4 и 5). Какие же серьезные заболевания преобладают в этой статистике, и сколько детей имеют статус инвалида?

По оперативным данным Минздрава РФ, общая заболеваемость детей до 14 лет с 1996 г. выросла на 14,5%. Количество страдающих болезнями костно-мышечной системы увеличилось на 53,6%, эндокринной системы - на 45,6%, детей с врожденными аномалиями - на 41,8%. У подростков 15-17 лет общая заболеваемость увеличилась за тот же период на 27,9%. Естественно, это ведет к тому, что число детей-инвалидов в стране неуклонно растет. Если в 1996 г. на 70 детей в возрасте до 15 лет приходился один ребенок-инвалид, то в 2000 г. это уже один из 50 детей. Среди причин инвалидности на первом месте – заболевания нервной системы, на втором – психические расстройства, на третьем – врожденные аномалии¹.

¹ Шкаровская В. Сколько у нас детей-инвалидов // Аргументы и факты. № 9 (1114) от 27.02.2002

Численность лиц, впервые признанных инвалидами¹

Таблица 2

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Всего:												
тыс. человек	346	434	426	715	765	1347	1170	1142	1131	1050	1109	1200
на 10 000 человек населения	26,6	32,4	30,8	50,0	51,7	91,1	79,9	77,7	77,6	72,3	76,7	82,9
В процентах от общей численности <i>инвалидов</i> :												
<i>инвалиды</i> I группы	...	...	...	...	...	11,3	12,0	11,8	12,2	13,1	12,6	11,9
<i>инвалиды</i> II группы	...	...	...	...	...	74,2	70,8	68,3	65,6	62,4	63,3	63,9
<i>инвалиды</i> III группы	...	...	...	...	...	14,5	17,2	19,9	22,2	24,5	24,1	24,2
Из общей численности <i>инвалидов</i> - <i>инвалиды</i> в трудоспособном возрасте:												
всего, тыс. человек	...	...	...	...	...	507	523	552	581	564	553	567
в процентах от общей численности <i>инвалидов</i>	...	...	...	...	...	37,7	44,6	48,4	51,3	53,7	49,8	47,3

На 1 января 2002 г. общая численность *инвалидов* составила 10991 тыс. человек.

¹ Стат.сб. Госкомстат России. М.: Госкомстата России, 2002. С. 254.

Численность инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения (на конец года)¹ Таблица 3

	1990	1997	1998	1999	2000	2001
Численность инвалидов:						
всего, тыс. человек	4338	9301	10086	10359	10597	10779
на 1000 человек населения	29,3	63,7	69,1	71,2	73,2	75,0
Из них численность детей-инвалидов в возрасте до 16 лет, получающих социальные пенсии						
всего, тыс. человек	155	564	597	592	675	658
на 10 000 детей	43,1	179,7	197,5	203,8	205,7	208,1

¹ Стат.сб. Госкомстата России. М.: Госкомстат России, 2002. С. 173.

Контингенты детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет¹

Таблица 4

	1996	1997	1998	1999	2000
Численность детей-инвалидов - всего, тыс. человек	462,3	514,7	540,7	547,5	554,9
в том числе с впервые установленной инвалидностью	106,8	111,7	101,6	94,0	88,7
Из общей численности детей-инвалидов - проживают в интернатных учреждениях системы:					
Минздрава России	9,9	8,8	9,6	6,0	6,8
Минтруда России	16,0	16,1	16,6	14,4	14,2
Минобразования России	19,7	22,3	21,0	21,9	22,9

¹ Стат.сб. Госкомстат России. М.: Госкомстат России, 2002. С. 173

Таблица 5

Распределение детей-инвалидов в возрасте 0-15 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности, в 1999-2000 гг.¹

	Всего, тыс. человек		На 10 000 детей	
	1999	2000	1999	2000
Все болезни	547,5	554,9	186	196,5
в том числе:				
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4,8	4,6	1,6	1,6
из них:				
туберкулез	0,9	0,9	0,3	0,3
вирусные инфекции центральной нервной системы	1,9	1,9	0,4	0,4
	1999	2000	1999	2000
новообразования	14,9	15	5,1	5,3
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	6,5	6,4	2,2	2,2
из них нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния	3,8	3,8	1,3	1,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	24,2	14	8,2	8,9
из них сахарный диабет	12,9	13,8	4,4	4,9

¹ Стат.сб. Госкомстата России. М.: Госкомстат России. 2001. С. 174.

Окончание табл.5

	Всего, тыс. человек		На 10 000 детей	
	1999	2000	1999	2000
психические расстройства и расстройства поведения	101,9	104,4	34,6	37
болезни нервной системы	117,4	118,3	39,9	41,9
из них воспалительные болезни центральной нервной системы	4,4	4,6	1,5	1,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	35,6	36,5	12,1	12,9
болезни уха и сосцевидного отростка	26,3	26,7	8,9	9,4
болезни системы кровообращения	4,3	4,9	1,5	1,7
болезни органов дыхания	25,8	25,4	8,8	9
болезни органов пищеварения	9	8,8	3,1	3,1
болезни кожи и подкожной клетчатки	7,6	7,4	2,6	2,6
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	27,1	27	9,2	9,6
болезни мочеполовой системы	18,9	18,4	6,4	6,5
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,1	3,5	1,4	1,2
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	101,6	105,1	34,5	37,2
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	17,4	17,6	5,9	6,2

Термин «предупреждение инвалидности», согласно Стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов, означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня) ¹.



Вопросы и задания

1. Напишите небольшое эссе (сочинение) на одну страницу на тему «Мой личный опыт и отношение к инвалидности» в течение 10 минут. Обсудите тексты эссе в группах по двое, затем по четыре студента. Ответьте на следующие вопросы²:

- Что я знаю об инвалидности? Какие эмоции, чувства я испытываю, когда обсуждаю эту тему? Каковы мои актуальные и потенциальные ресурсы для социальной работе с инвалидами?
 - Кто такой человек с ограниченными возможностями? Что такое инвалидность? Какие проблемы могут возникнуть у человека с инвалидностью и почему? Как решает свои проблемы человек с ограниченными возможностями?
 - Как решает проблемы человека с ограниченными возможностями специалист по социальной работы? Каковы возможности социальной работы в решении этих проблем? Каковы перспективы обсуждения этой проблемы в нашем курсе?
2. Как изменялось отношение к инвалидам в истории?
 3. Объясните термины «деинституциализация», «достоинство риска».
 4. Приведите примеры из русской и зарубежной литературы, советских, современных отечественных и зарубежных кинофильмов, других художественных произведений, фотоиллюстраций, где рисуется образ инвалида. Каковы характерные черты этих образов?
 5. Приведите примеры стереотипов, современных «мифов» об инвалидности.

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

² Использована идея Ирины Жулановой (Волгоградский педуниверситет).

6. Как определяется инвалидность в законодательстве Российской Федерации?
7. Проанализируйте определение инвалидности, предлагаемой Всемирной организацией здравоохранения. В чем важность этого определения для социальной работы?
8. В чем отличия медицинской и социальной моделей инвалидности?
9. Охарактеризуйте динамику инвалидности за последние 10 лет. В чем особенность учета инвалидности в Российской Федерации?
10. В чем основные причины роста инвалидности в мире?
11. Что такое «предупреждение инвалидности»?

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. М., 1991.
2. Астапов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. М., 1995.
3. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей. М.: Ин-т соц. работы., 1995.
4. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция// Социологические исследования. 1991. N5. С.3-8.
5. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых// Социологические исследования. 1993. N1. С.56-63.
6. «Дорога - это то, как ты идешь по ней...» Социально-реабилитационная работа с семьей нетипичного ребенка: Учебное пособие/Под ред. В.Н.Ярской, Е.Р.Смирновой. Саратов: Изд-во Поволж. фил. Рос. уч. центра, 1996.
7. Еськов Г.С. Твои права, человек. М., 1993.
8. Жить, как все. О правах и льготах для инвалидов. Юридический справочник/Под ред. С.И. Реутова Пермь: РИЦ "Здравствуй", 1994.
9. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981.
10. Конвенция о правах ребенка. М.:Юридическая литература, 1993.
11. Практика социальной работы// Теория и методика социальной работы. М., 1994.
12. Преодолевая барьеры инвалидности. М.: Ин-т соц. работы, 1997.
13. Российская энциклопедия социальной работы: В 2 т. М.: Ин-т соц. работы. 1997.

14. Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России / Под ред. Е. Ярской-Смирновой и П. Романова. М.: ИНИОН РАН, 2002.
15. Социальная работа (вопросы и ответы). М.: Ин-т соц. работы., 1997.
16. Энциклопедия социальной работы: В 3 т. М., 1994.
17. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. 1999. №4.
18. Ярская-Смирнова Е. Когда в семье ребенок-инвалид// Социол.исслед. 1997. №1. С.83-90.
19. Ярская-Смирнова Е. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: Саратов.гос.техн.ун-т, 1997

2. СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ

Формирование системы социальной защиты инвалидов в России. Обязательства современного государства перед инвалидами. Нормативно-правовой контекст инвалидности. Инвалидность и занятость

Формирование системы социальной защиты инвалидов

В России государственная политика в отношении инвалидов имеет многолетнюю историю. До начала правления Петра I социальная деятельность в России фактически существовала в форме помощи нуждающимся со стороны частных лиц и церкви. История говорит больше всего о милостыни и о богадельнях (богоугодных заведениях для призрения и содержания лиц, неспособных к труду), реже упоминается о госпиталях, школах, о помощи погорельцам. С IX столетия создаются различные больничные учреждения на базе монастырей. В таких учреждениях содержались в основном «калеки», «недужные», слепые, однако лечение здесь сводилось к минимуму. Это были в основном приюты, богадельни, питалища. Царскими грамотами устанавливались льготы и милости бывшим солдатам, но они носили случайный и фрагментарный характер.

В середине XVI в. впервые формулируется идея оказания помощи нуждающимся, и создаются реальные предпосылки для формирования системы государственного призрения. В 1551 году Стоглавый собор Русской православной церкви постановил просить, чтобы «благочестивый

царь» повелел «устроить богадельни», поместив в них «не могущих ни-где же главы преклонити»¹.

Постепенно в системе органов государственного управления выделяются специализированные структуры, оказывающие помощь нуждающимся. Для содержания богаделен, сиротских домов и других благотворительных заведений выделялись остатки от патриарших и монастырских доходов. В 1650 году была издана Кормчая книга, имевшая законодательную силу и поручившая церкви и духовенству заботу о вдовах и сиротах. В 1680 г. на монастыри была возложена обязанность кормить и содержать отставных раненых и стрельцов. К концу XVI в. на Руси исторически сложились и развивались три основных направления благотворительности и оказания социальной помощи нуждающимся: государственная, земско-церковно-приходская и частная.

В России появились богадельни и инвалидные дома, открываемые для определенного разряда инвалидов. Значительный вклад в создание системы государственного призрения внес Петр I, который впервые признал обязанность государства по призрению бедных, больных, увечных, сирот и других категорий нуждающихся. Вопросам государственного призрения были посвящены многие указы русского императора. Система государственного призрения Петра I включала в себя несколько принципов: осуждение и запрещение нищенства; запрещение раздачи милостыни профессиональным нищим; задержание и преследование нищих; определение мер собственно призрения и обязанностей по призрению.

Существенные дополнения в эту систему были внесены в период правления Екатерины II, когда впервые были созданы специализированные типы благотворительных заведений. Прежде госпитали нередко служили и богадельнями, и домами для неизлечимо больных, и больницами одновременно. Богадельни пополнялись и взрослыми, и детьми, здоровыми и больными. И только в последней четверти XVIII века в нашей стране сформировались так называемые чистые типы благотворительных заведений: сиротских домов и детских приютов, богаделен и домов для неизлечимо больных, больниц; домов работных, смиренных и для умалишенных.

Позднее, в условиях промышленной революции, положившей начало капитализму и ознаменовавшей собой переход к новым формам труда, социальная помощь основывается, в основном, на принципах общественного призрения филантропического характера.

Свод законов Российской империи от 1893 года устанавливал постоянные и единовременные пособия некоторым категориям нетрудо-

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

способных, в основном тем, кто много лет прослужил на государственной службе. Более пристальное внимание государства материальному обеспечению лиц, потерявших трудоспособность на гражданской и военной службе уделяется в начале XIX века. Начато издание газеты «Русский инвалид» с целью собрать средства для призрения немощных воинов, вскоре был образован инвалидный капитал. В результате первой мировой войны возникает объективная необходимость максимального использования трудовых ресурсов и концепция общественного призрения впервые уступает место идеям систематизации внимания к больным и инвалидам, необходимости обеспечения больных и инвалидов относительной экономической самостоятельностью. Приоритетной являлась ориентация на максимальное вовлечение членов общества в общественно полезный труд. Забота об инвалидах понимается в это время как предоставление возможности трудиться, в 1912 году Думой принимается законопроект о государственном страховании от несчастных случаев и болезней приводящих к утрате трудоспособности, на предприятиях создаются страховые кассы.

К 1917 году в России действовали тысячи государственных и благотворительных заведений. Не везде эти учреждения функционировали одинаково хорошо. Но система так или иначе работала, в этих домах, приютах, больницах и богадельнях бедные люди находили помощь, кусок хлеба, крышу над головой, доброе отношение.

Дальнейшая историческая судьба России была связана с социалистической революцией и отмечена принятием ряда положений об обеспечении инвалидов. В ноябре 1917 года было опубликовано правительственное сообщение о включении в сферу социального страхования всех видов потери трудоспособности. В принятом в октябре 1918 г. Положении о социальном обеспечении трудящихся предусматривалось оказание государственной помощи лицам в случае постоянной утраты ими средств к существованию вследствие нетрудоспособности. Таким образом, с начала 20-х годов социальное обеспечение инвалидов строится в зависимости от степени утраты трудоспособности, а значение термина "инвалид" стало связываться с нетрудоспособностью.

Начало формирования социалистической системы социальной помощи инвалидам в Российской Федерации положено 1 ноября 1917 г., когда было обнародовано Правительственное сообщение о социальном страховании, согласно которому пенсия инвалидов увеличивалась с 1 января 1917 г. на 100% за счёт пенсионного фонда. Социальное обеспечение осуществлялось целиком за счёт средств государственного бюджета.

Через три месяца после Октябрьской революции 1917 года советской властью, взамен бывшей сети богаделен и домов призрения, были образованы органы социального обеспечения, в ведомстве которых создавались детские дома, дома инвалидов, престарелых. Понятие благоотво-

рительности было изъято из официального лексикона как христианский пережиток. Однако, политика государства в отношении инвалидов продолжала традицию рассматривать инвалидов как объект государственной благотворительности и в основном сводилась к назначению им государственной пенсии или помещению в специализированные дома инвалидов¹.

Основное место в системе социального обеспечения заняли пенсии инвалидам из числа красноармейцев и красногвардейцев и пенсии членам их семей по случаю потери кормильца. Развитие в первые годы советской власти именно этих видов пенсионного обеспечения было связано с гражданской войной и интервенцией, которые привели к колоссальным человеческим потерям. В стране насчитывались миллионы инвалидов войны и семей, потерявших кормильца. Именно они, по мнению властей, особенно остро нуждались в материальной поддержке со стороны государства.

Для осуществления процедуры установления инвалидности был создан специальный организационно-структурный институт – врачебно-трудовая экспертиза, первоначально как компонента страховой медицины. При больничных кассах были созданы врачебно-контрольные комиссии (ВКК). В основе формирования страховой медицины лежит декрет СНК от 16 ноября 1917 г. о передаче больничным кассам лечебных учреждений фабрик и заводов. Возникновение страховой медицины, в свою очередь, определило необходимость врачебной экспертизы трудоспособности в системе социального страхования. В первый период своего существования ВКК их функцией были проверка правильности диагнозов лечащих врачей, определение временной нетрудоспособности, экспертиза стойкой утраты трудоспособности. Установление инвалидности давало право на пенсионное обеспечение по инвалидности, право на которое первоначально имел ограниченный круг лиц. Пенсионное обеспечение красноармейцев и красногвардейцев и членов их семей регулировалось декретом Совета Народных Комиссаров от 7 августа 1918г.

В последствии круг лиц, имеющих право на получение пенсий по инвалидности, стал расширяться. Важнейшим этапом в развитии социального обеспечения явилось утверждённое СНК 31 октября 1918 г. "Положение о социальном обеспечении трудящихся". Положение распространялось не только на рабочих и служащих, но и на всех "трудящихся, источником существования которых был собственный труд, без эксплуатации чужого труда". Средства на социальное обеспечение черпались из взносов предприятий, учреждений и других работодателей, а работники были освобождены от каких-либо взносов.

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

В дальнейшем в Положение от 31 октября 1918 г. вносились различные изменения. Самым существенным из них была отмена уплаты страховых взносов (для всех предприятий и учреждений, кроме частных работодателей) и перенос всех расходов по осуществлению социального обеспечения непосредственно на государственный бюджет. Тем самым упразднялся институт социального страхования, а все функции политики по отношению к инвалидам переносились на систему социального обеспечения.

В 1921 г. была вновь введена система социального страхования рабочих и служащих, в том числе на случаи постоянной утраты трудоспособности. Постановлением СНК от 8 декабря 1921 г. была введена так называемая "рациональная" классификация инвалидности по шести группам:

I группа - инвалид не только не способен ни к какой профессиональной работе, но нуждается в посторонней помощи;

II группа - инвалид не способен ни к какой профессиональной работе, но может обходиться без посторонней помощи;

III группа - инвалид не способен ни к какой регулярной профессиональной работе, но может в некоторой степени добывать себе средства к существованию случайными и лёгкими работами;

IV группа - инвалид не может продолжать свою прежнюю профессиональную деятельность, но может перейти на новую профессию более низкой квалификации;

V группа - инвалид должен отказаться от прежней профессии, но может найти новую профессию такой же квалификации;

VI группа - возможно продолжение прежней профессиональной работы, но только с пониженной производительностью.

Данная классификация инвалидности получила наименование "рациональной" потому, что вводила определение трудоспособности, исходя из возможности для инвалида – в зависимости от состояния здоровья – выполнять какую-либо профессиональную работу или же работу в своей прежней профессии. Так начал утверждаться принцип определения тяжести нарушения функций у больного и сопоставления их с требованиями профессионального труда, предъявляемыми к организму работающего. "Рациональность" шестигрупповой системы состояла в том, что, определяя инвалидность даже у лиц с незначительным снижением трудоспособности (VI, V и отчасти IV группы), она давала, при существовавшей тогда безработице, возможность получить работу и пользоваться определёнными льготами, предоставляемыми государством инвалидам. Право на пенсионное обеспечение имели инвалиды только первых трёх групп.

Одним из принципиальных дефектов врачебной экспертизы было отсутствие научно-методической базы. Важнейшим фактором, опреде-

лившим все дальнейшее развитие врачебно-трудовой экспертизы и социальной политики в отношении инвалидов, явилась замена в 1923 г. шестигрупповой на трёхгрупповую классификацию инвалидности:

к I группе относились лица, утратившие полностью трудоспособность и нуждающиеся в постороннем уходе;

ко II группе - утратившие полностью способность к профессиональному труду как по своей, так и по какой бы то ни было другой профессии;

к III группе - нетрудоспособные к систематическому труду по своей профессии в обычных условиях работы для этой профессии, но могущие использовать свою остаточную трудоспособность: а) либо на нерегулярной работе, б) либо при сокращённом рабочем дне, в) либо в другой профессии со значительным снижением квалификации.

Замена шестигрупповой классификации трёхгрупповой была осуществлена не механически - ликвидацией четвертой, пятой и шестой групп, которым пенсии не назначались, а путём существенной переработки формулировок групп инвалидности, в первую очередь третьей группы, в которую фактически были включены критерии ликвидированной четвертой группы – возможность работать "в другой профессии со значительным снижением квалификации". Таким образом, перестали признаваться инвалидами лица, фактически сохранившие свою трудоспособность, а с другой стороны, - лица с ограниченной трудоспособностью стали относиться к третьей группе, при которой инвалиды получали пенсию. Эта трёхгрупповая классификация инвалидности, уже в тридцатых годах сыгравшая немалую роль в упорядочении врачебно-трудовой экспертизы, существует с некоторыми изменениями до настоящего времени.

В начале 1960-х гг. был принят ряд документов, существенно повлиявших на улучшение пенсионного обеспечения инвалидов¹. Бесплатная медицинская помощь, бесплатное образование и другие блага, предоставляемые за счёт общественных фондов потребления всему населению Советского Союза, в равной степени являлись достоянием инвалидов.

Этим целям служила также государственная система трудового устройства инвалидов, позволяющая им по их желанию трудиться в условиях, которые не противопоказаны им по состоянию здоровья. В этот период впервые было создано единое законодательство о государственных пенсиях, выплачиваемых как за счёт средств социального страхования, так и за счёт государственных ассигнований, по системе органов социального обеспечения. Это единое законодательство охватывает все виды пенсий, в том числе и по инвалидности, назначаемых ра-

¹ Закон о государственных пенсиях, принят Верховным Советом СССР 14 июля 1956 г., Закон о пенсиях и пособиях членам колхозов, принят 15 июля 1964 г.

бочим, служащим, приравненным к ним лицам, учащимся, военнослужащим рядового, сержантского и старшинского состава срочной службы, членам творческих союзов, некоторым другим гражданам, а также членам семей всех этих категорий трудящихся. В 1965 г. произошло выравнивание законодательства в отношении колхозников и установление для них тех же правовых норм, которые ранее были распространены на рабочих и служащих. К 1967 г. устанавливается единый порядок начисления пенсий по инвалидности для всех социально-профессиональных категорий граждан и единый порядок врачебно-трудовой экспертизы, действовавший до 1990 г.

Государственная идеология способствовала формированию в общественном сознании представления о том, что в советском обществе проблем инвалидов не существует. Тяжелобольные инвалиды были помещены в дома инвалидов или вынуждены были находиться в своих квартирах, поскольку городская инфраструктура не позволяла им даже выбраться из дома. В СССР осуществлялись определенные меры по использованию профессиональных возможностей лиц с нарушенной трудоспособностью в условиях гарантированности социальной защиты со стороны государства. Вместе с тем, работа по профессиональной ориентации, образованию, производственной адаптации и трудоустройству инвалидов была недостаточной.

То, что инвалид должен иметь те же права, что и здоровый человек, пользоваться теми же благами, не находило должного законодательного закрепления и практической реализации. Большинство инвалидов не могли реализовать ряд конституционных прав, в первую очередь из-за непригодности транспортных средств и строений для передвижения инвалидов-колясочников, неготовности, например, учебных заведений к их обучению, отсутствия учебных программ, отражающих специфику обучения инвалидов. С другой стороны, сохранившееся у граждан чувство сострадания часто оказывало инвалидам на бытовом уровне неоценимую помощь. Для оказания влияния на общественное мнение в отношении инвалидов и разработки рекомендаций правительствам по этой проблеме Организацией Объединенных Наций 1981 год был провозглашен Годом инвалида, а период 1983 - 1992 гг. - Десятилетием инвалидов. В начале отмеченного Десятилетия ООН также была принята "Всемирная программа действий в отношении инвалидов"¹.

В 1990 г. Верховным Советом СССР была принята концепция Государственной политики в отношении инвалидов и Закон "Об основных началах социальной защищенности инвалидов СССР". Несмотря на свою декларативность, эти документы содержали весьма прогрессивные идеи,

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

главная из которых - перенос центра тяжести с пассивных форм поддержки на реабилитацию и интеграцию инвалидов в общество. В случае реализации эти подходы могли бы существенно изменить положение инвалидов. Дальнейшие события 1991 г. резко изменили социально-экономическое и политическое положение России.

В 1993 г. предпринимались усилия принять российский закон о социальной защите инвалидов, однако вновь в силу политических событий этот проект закона был рассмотрен только во втором чтении Верховным Советом РСФСР и окончательно не принят. Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 января 1995 г. № 59 "О Федеральной комплексной программе "Социальная поддержка инвалидов" указанная программа была утверждена¹. Кардинальные изменения в государственной политике в отношении инвалидов предполагались в связи с принятием в 1995 г. Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". Закон вобрал в себя все прогрессивные нормы социальных законов зарубежных стран и международных документов.

Тем самым формальное законодательство в России было максимально приближено к международным нормативам и приобрело прогрессивную методологическую основу. Однако положения закона не несут норм прямого действия, в них отсутствует механизм реализации обязательств государства перед инвалидами, в том числе нет ясности в вопросах их финансового обеспечения. Эти обстоятельства существенно затрудняли исполнение Закона и потребовали ряда Указов Президента РФ, новых подзаконных актов и нормативных материалов².

В отличие от действовавшей до этого времени Инструкции по определению групп инвалидности от 1956 г. новым Положением определено, что признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности. Ранее основанием для установления группы инвалидности являлось стойкое нарушение трудоспособности, которое приводило к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или значительных изме-

¹ Однако в установленные сроки эта программа не была выполнена, в результате чего Правительство Российской Федерации 13 августа 1997 г. приняло Постановление № 1031 "О продлении сроков реализации федеральных целевых программ, входящих в федеральную комплексную программу "Социальная поддержка инвалидов."

² Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 1996г. № 1011 "О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов", Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996г. № 965 "О порядке признания граждан инвалидами", Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 1997 г. №30 и Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 29 января 1997 г. «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы».

нений условий труда. Новым же положением предусмотрена оценка не только состояния трудоспособности, но и всех других сфер жизнедеятельности. Тем самым, согласно Положению, основания для признания гражданина инвалидом расширены. К ним относятся:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

При этом, однако, наличие одного из указанных признаков не является достаточным для признания лица инвалидом.

В соответствии с новой классификацией (Приложение 8) проводится комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, которая предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений функций:

- 1 степень - незначительные нарушения функций;
- 2 степень - умеренные нарушения функций;
- 3 степень - выраженные нарушения функций;
- 4 степень - значительно выраженные нарушения функций

Отсюда следует и классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности, которая разработана по семи параметрам: ограничение самообслуживания; ограничение способности к самостоятельному передвижению; к обучению; к трудовой деятельности; к ориентации; к общению; ограничение способности контролировать свое поведение, – и оценивает степень выраженности от первой до третьей степени. В частности, ограничение способности к трудовой деятельности первой степени означает способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии; второй степени – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств, и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц; третьей степени – неспособность к трудовой деятельности.

В зависимости от степени нарушений функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 16 лет - катего-

рия "ребенок-инвалид". Иными словами, данная классификация соответствует критериям определения трех групп инвалидности, в частности, критерием для определения первой группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контроля за своим поведением третьей степени.

Вторая и третья группа инвалидности устанавливаются соответственно. Группы инвалидности являются временными критериями, что требует регулярного переосвидетельствования человека в бюро медико-социальной экспертизы. Бессрочная инвалидность устанавливается в случае невозможности устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма; неэффективности реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты; других критериев, предусмотренные действующим законодательством.

Основным отличительным моментом нового пакета законов и социальной политики в отношении инвалидов стала их переориентация на активные меры, среди которых важнейшее значение придавалось программам реабилитации инвалида. Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов в соответствии с Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" входит в компетенцию учреждений медико-социальной экспертизы. Индивидуальная программа реабилитации - это реальный шаг инвалида на пути к улучшению здоровья, повышению профессионального статуса, доступности социальной среды обитания.

Существенное отличие деятельности новых бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) от ранее функционировавших ВТЭК состоит именно в реабилитационной направленности.
--

Поворотным стал 1995 год, когда в России был принят Федеральный Закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". В Законе сформулирована принципиально новая цель государственной политики в отношении инвалидов, сформированы новые понятия инвалида и реабилитации инвалидов, введены изменения в институциональную основу политики. Впервые целью государственной политики объявляется не помощь инвалиду, а *«обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ»*.

Обязательства современного государства и общества перед инвалидами

Инвалидность, так или иначе определяемая, знакома каждому обществу, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов.

В течение последних тридцати лет в мире сложились устойчивые тенденции и механизмы формирования политики в отношении инвалидов, поддержки правительств различных стран в разработке подходов к решению проблем этой социальной группы и оказания помощи государственным и общественным институтам в определении и реализации политики, адресованной инвалидам.

Основные принципы формирования политики в отношении инвалидов, выработанные мировым сообществом¹:

- Государство отвечает за устранение условий, ведущих к инвалидности, и решение вопросов, связанных с последствиями инвалидности.
- Государство обеспечивает инвалидам возможность достигнуть одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, здравоохранения, участия в общественной жизни.
- Инвалиды имеют право жить в социуме, общество порицает изоляцию инвалидов. Для этого общество стремится сформировать условия независимой жизни инвалидов (самообеспечение, самодостаточность в повседневной жизни, безбарьерная среда).

¹ Васин С.А., Голодец О.Ю., Бесфамильная С.В. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики. М.: РОССПЭН, 1999. 368 с.

- За инвалидами признаются права и обязанности граждан данного общества. В компетенции государства находятся способы признания, обеспечения и реализации прав и обязанностей инвалидов как членов общества.
- Государство стремится к равнодоступности мер социальной политики в отношении инвалидов на всей территории страны, независимо от того, где проживает инвалид (в сельской или городской местности, столице или провинции).
- При реализации политики в отношении инвалидов должны учитываться особенности индивида или групп инвалидов: все инвалиды в силу специфики своего заболевания находятся в разных стартовых условиях, и для обеспечения прав и обязанностей граждан страны в отношении каждой группы инвалидов проводится свой комплекс мероприятий.

Государственная политика в настоящее время остается основным публичным механизмом в определении, категоризации и легализации инвалидности и продолжает быть существенным элементом в конструировании и поддержании зависимого статуса людей с ограниченными возможностями. В этом смысле положение людей с инвалидностью в ряде стран связано с недостаточно развитым и не всегда эффективным правовым контекстом в части предусмотренных механизмов реализации соответствующего законодательства и ответственности за его исполнение.

В российских дебатах о социальной политике в отношении инвалидов наряду с одобрением и принятием идей интеграции ставится вопрос о затратах и выгодах, а качество и спектр существующих мер социальной защиты пока остаются второстепенным вопросом. В социальном законодательстве и программах содержатся необходимые требования доступности и интеграции, однако на практике пока далеко не во всех случаях можно говорить о готовности и возможности обеспечивать и достигать обозначенных целей.

Сложившиеся в развитых странах системы социальной защиты инвалидов включают в себя ряд взаимосвязанных элементов, представленных нормативным закреплением прав инвалидов, прав и обязанностей государственных органов, общественных и благотворительных организаций, форм и методов их деятельности в этой сфере¹. В Федеративной Республике Германии, согласно Кодексу социального законодательства, особое внимание со стороны государства уделяется реабилитации инва-

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

лидов и мерам раннего обнаружения болезни с использованием всех доступных средств для максимально возможного вовлечения их в полноценную жизнь общества, устранения или уменьшения последствий заболевания. В США, Великобритании, Канаде, Германии в результате реализации национальных программ по профилактике детской инвалидности почти 100% новорожденных обследуются на наследственные заболевания, что позволяет своевременно выявлять эти заболевания, целенаправленно проводить лечение и избежать отставания в развитии ребенка.

Законодательством зарубежных стран закрепляются институты социальной защиты инвалидов, определяется круг государственных органов, участвующих и ответственных за реализацию программ защиты этих граждан или координирующих вопросы социальной защиты инвалидов. В Германии, например, выделяются три формы социальной защиты инвалидов, а именно, социальное страхование, компенсации и помощь. В реализации программ социальной защиты инвалидов в развитых странах мира участвуют, наряду с государственными органами, общественные организации и благотворительные союзы.

В США общий надзор за соблюдением федерального законодательства по делам инвалидов и недопущением в отношении их какой-либо дискриминации возложен на министерство юстиции. Контрольные функции по обеспечению прав инвалидов в различных областях имеют и другие федеральные ведомства, в том числе: министерство образования (отдел специальных образовательных программ); министерство здравоохранения и социальных служб (управление по гражданским правам); министерство жилищного строительства и городского развития (отделы по правам инвалидов и по обеспечению равных возможностей при строительстве жилья); министерство труда (управление программ по заключению трудовых соглашений); министерство транспорта (федеральная администрация городского транспорта при министерстве); министерство по делам ветеранов (по вопросам инвалидов-ветеранов); министерство сельского хозяйства (отдел распределения талонов бесплатной продовольственной помощи инвалидам, обмениваемых в магазинах на продукты питания); комиссия по гражданским правам; комиссия по соблюдению равных возможностей при трудоустройстве.

В Канаде программы, направленные на решение проблем инвалидов, существуют более чем в 30 министерствах, агентствах и других государственных органах. Общую координацию социальной адаптации инвалидов осуществляет министерство развития людских ресурсов (бюро по делам инвалидов). Бюро занимается сотрудничеством с другими государственными институтами, мониторингом научных исследований в данной области. Главными направлениями деятельности бюро являются: обеспечение соблюдения гражданских прав, обучение, трудоустройство, улучшение жилищных условий, решение проблем транспортировки ин-

валидов, доступ их к всевозможным источникам информации. Под эгидой Министерства развития людских ресурсов существуют Фонд возможностей, Федерально-провинциальная программа содействия трудоустройству инвалидов, программа "Социальное развитие в партнерстве". Министерство канадского наследия вовлечено в работу с инвалидами через управление по делам спорта, координирующее параолимпийский спорт, а также строительство специально оборудованных спортивно-оздоровительных центров по всей стране, а также через управление национальных парков, осуществляющее программу усовершенствования доступа инвалидов в парки и рекреационные зоны. Министерство транспорта занимается вопросами доступности и безопасности транспортной системы Канады для инвалидов. Министерство иностранных дел и международной торговли Канады предоставляет бесплатную и доступную информацию различным категориям инвалидов о путешествиях, приемлемых для людей с ограниченными возможностями, и оказывает им консульские услуги.

Опыт США, Великобритании, Канады и других стран свидетельствует, что выплата предусмотренных их законодательством пособий по инвалидности осуществляется посредством реализации ряда программ социальной защиты инвалидов. В США выплата пособий по инвалидности осуществляется по линии Программы дополнительных пособий малоимущим. Она финансируется и контролируется федеральной администрацией по социальному страхованию и представляет собой программу помощи, гарантирующую минимальный уровень доходов нуждающимся инвалидам. Система расчета выплат довольно сложна, определяется рядом факторов (степенью утраты трудоспособности, семейным положением, количеством иждивенцев, уровнем получаемых доходов) и составляется таким образом, что при росте дохода снижается размер пособия.

В Канаде программой содействия трудоустройству инвалидов предусматривается возможность получения молодежью специального или высшего образования, а также опыт работы для последующего трудоустройства. В рамках специальной программы "Стратегия трудоустройства молодежи" существуют определенные льготы для работодателей, трудоустраивающих инвалидов в возрасте до 30 лет, а также компенсируется стоимость специального, необходимого для них оборудования. В соответствии с программой "Социальное развитие в партнерстве" учебным заведениям, социальным советам, добровольным организациям, неправительственным организациям и агентствам, созданным не с целью получения прибыли, работающим с инвалидами, предоставляется помощь в организации и финансировании специальных проектов. Непосредственные организации инвалидов также могут пользоваться этой программой. Инвалид-студент пользуется рядом финансовых льгот и привилегий в соответствии с Канадской программой студенческих зай-

мов. Ему выделяется дополнительная субсидия в размере 5000 канад. долларов (около 90 тыс.руб) на расходы, связанные с обучением (например, на приобретение специального записывающегося устройства или оплату услуг помощника).

Большинство социальных программ и выплат, касающихся инвалидов, находится в ведении органов власти субъектов канадской федерации (провинций). Однако, после 1996 года федеральное и провинциальные правительства провозгласили вопросы обеспечения инвалидов своим коллективным приоритетом и в 1998 году правительство Канады и правительства провинций и территорий подписали план "Вместе. Канадский подход к проблемам инвалидов", в котором отражены основные направления долгосрочной политики в этой области, которая строится на базе трех идей: 1) инвалиды являются полноценными членами канадского общества; 2) инвалиды должны иметь возможность участвовать во всех сферах жизни общества; 3) необходимо создавать условия для превращения инвалидов в максимально независимых членов общества. Акцент сделан на то, что вне зависимости от характера принимаемых в дальнейшем программ, инвалиды становятся их участниками, а не полностью зависимыми, пассивными получателями государственных дотаций.

Представляет интерес и правительственная национальная программа Великобритании "Новая профессия для инвалидов", созданная в апреле 2000 года Общественной комиссией по правам инвалидов во взаимодействии с государственными органами и ассоциациями работодателей и устанавливающая, что главным доходом для людей, не имеющих работы по причине своей инвалидности, является пособие по нетрудоспособности. С 2001 года британское правительство предоставило единовременный грант (денежную ссуду) на работу в размере 100 фунтов ст. (более 4,0 тыс.руб.) для инвалидов в возрасте от 25 лет, получающим пособие по нетрудоспособности в течение одного года и желающим перейти от системы пособий к работе. Инвалиды имеют право работать, если труд идет на пользу их общему состоянию и на него тратится не менее 16 часов в неделю.

Международный опыт организации социальной защиты граждан свидетельствует, что расходы на эти цели в основном покрываются взносами работодателей или финансируются от страховых премий. К тому же, ежегодно выделяется определенная сумма из государственного бюджета, которая покрывает в среднем до 10% расходов¹.

Как видим, государственная политика в отношении инвалидов значительно различается между странами. Диапазон основных предположений относительно характера недееспособности и спектр социальной

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

проблематики инвалидности отражают разнообразие социальных, культурных и политических условий. Из всех можно назвать одну центральную проблему, общую для многих современных государств. Дело в том, что современная маргинализация инвалидов по прежнему связана с «измерением» ценности человека на основании способности трудиться и не быть иждивенцем. Однако вопрос заключается не только и не всегда в том, что инвалид не может трудиться физически, но часто в том, что на производственные системы (фабрики, заводы, рабочие места) накладываются дополнительные обязательства и требования гибких методов работы, решения вопросов, связанных с ритмами и порядком труда человека с ограниченными возможностями.

Здесь пересекаются интересы рынка и государства. Работодателю зачастую удобнее осуществлять благотворительность и вспомоществование, чем изменять условия труда в соответствии с индивидуальными потребностями работника. А система социальной защиты в современных капиталистических государствах в большей степени управляется категориями рыночной полезности человека. Одинаково неадекватна в рассуждениях о положении инвалидов как позиция патернализма, формирующая иждивенческие настроения, так и позиция невмешательства: «сумей сам продать себя на рынке труда». Политика социальной поддержки инвалидов должна строиться на платформе создания условий для равного участия людей с ограниченными возможностями в жизни общества. Организация доступности окружающей среды для инвалидов предполагает вслед за признанием равных прав инвалидов на участие в жизни общества организацию эффективного рынка услуг, где инвалиды все более и более представляются как потребители, имеющие специфические требования, спрос на определенные товары, услуги и доступные здания.

Концепция *равного гражданства* расценивает людей с ограниченными возможностями не как лиц с «остаточной трудоспособностью», а как достойных граждан, как потребителей специальных, специфических услуг и товаров. Такое смещение акцентов способствует отказу от отношения к инвалидам как к «поврежденным» людям и формирование отношения к инвалидам как к людям с особыми, дополнительными потребностями.

Вместе с тем инвалид не является лишь пассивным потребителем товаров и услуг. Если общество стремится интегрировать инвалидов — это предполагает процессы повышения их статуса в социально-экономических, рыночных отношениях. Современная российская социальная политика не формирует иждивенческие позиции, ориентируя инвалидов на активную позицию в отношении занятости, независимой жизни, однако пока еще не действуют в полную меру механизмы пресечения дискриминации и произвола работодателей в отношении инвали-

дов. Дискриминационные действия работодателей оправдываются ими с позиций требований рыночной экономики, а прецедентов восстановления справедливости и вынесения наказания за нарушение конституционных гарантий пока недостаточно.

Вот почему современным специалистам, занятым в системе социального обслуживания, необходимо владеть нормативно-правовой базой работы с инвалидами, а также знать механизмы ее применения и уметь добиваться законодательных гарантий, привлекая юристов и активистов общественных организаций для того, чтобы защитить тех, чьи права ущемляются.

Нормативно-правовой контекст инвалидности

Идея равенства всех людей на Земле как юридическая норма была обоснована еще просветителями XVII века в концепции естественных прав человека, закреплена в Декларации независимости США 1776 г. в Декларации прав человека и гражданина Франции 1789 г. Для законодательства многих зарубежных стран сегодня характерно конституционное и иное нормативное закрепление принципа равных прав инвалидов и неинвалидов, запрещение дискриминации человека по ряду признаков, в том числе по причине инвалидности. В 1948 году была принята Всеобщая Декларация прав человека. Это было настоящим достижением мировой цивилизации в гуманитарной сфере явилось принятие Организацией объединенных наций (ООН) в 1948 году Всеобщей декларации прав человека. В неё не были непосредственно включены разделы об отношении к инвалидам, но статья 1 Декларации гласит: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Они наделены разумом и совестью и должны поступать по отношению друг к другу в духе братства». Здесь основным является отражение принципа равноправия всех членов человеческого сообщества, взрослых и детей, подчеркивается недопустимость дискриминации человека по какой-либо причине.

Декларация прав ребенка, принятая в 1959 году, гласит: «Ребенку законом и другими средствами должна быть обеспечена специальная защита, предоставлены возможности и благоприятные условия, которые позволили бы ему развиваться физически, умственно, нравственно, духовно, здоровым и нормальным путем, в условиях свободы и достоинства. При издании с этой целью законов главным соображением должно быть наилучшее обеспечение интересов ребенка».

В 1975 году ООН была принята Декларация прав инвалидов, в которой говорится: «Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более

нормальной и полнокровной». Принцип равных прав инвалидов и неинвалидов предполагает, что потребности всех без исключения индивидов имеют одинаково важное значение. Имеющиеся в обществе средства следует использовать таким образом, чтобы создать для инвалидов условия жизни, при которых они могли бы осуществлять все человеческие формы деятельности, характерные для каждого человека данного общества.

Еще один важный международный документ – Конвенция о правах ребенка – был принят Генеральной Ассамблеей ООН в Нью-Йорке 20 ноября 1989 года. Согласно Конвенции, дети имеют право на равенство перед законом, право на юридическую защиту, право на развитие, право на жизнь, здоровье, выбор места жительства, право на воссоединение со своей семьей, на выражение мнения, на информацию, на свободу объединения, право на личную жизнь, право на доступ к достоверной информации, право на образование.

Необходимо упомянуть статью 23 Конвенции о правах ребенка, которая признает право детей с ограниченными возможностями жить полноценной жизнью в условиях, которые гарантируют их достоинство, благоприятствуют их самостоятельности и облегчают их активное участие в жизни общества. Дети, имеющие особенности развития, должны иметь возможность участвовать в общественных мероприятиях. Например, приглашение переводчика на язык жестов позволит глухим посещать спектакли и представления. Слепым детям и детям с нарушением функций опорно-двигательного аппарата важно помочь добраться, обеспечить транспорт.

Дети с ограниченными возможностями, как и остальные дети, имеют равные права на защиту, если их права нарушаются родителями или опекунами. Они имеют право на особое внимание реабилитационных служб и на получение хорошего образования. Право на здоровье и медицинские услуги заключается в том, что они могут беспрепятственно пользоваться медицинскими услугами для абилитации, реабилитации или профилактики.

В Конвенции отмечается, что права ребенка должны соблюдаться внутри семьи, которая признается естественной средой для роста и благополучия детей. Государства, принявшие этот документ, обязались уважать права и обязанности родителей, опекунов и других лиц, несущих непосредственную ответственность за благополучие, воспитание и развитие ребенка, так как для полного и гармоничного развития ребенку самой природой предназначено расти в семье, в атмосфере доброжелательности, любви и понимания.

С разной степенью интенсивности в современных обществах вытесняются идеи сегрегации инвалидов и распространяются идеи интеграции и ассимиляции, призывающие включать людей с ограничен-

ными возможностями в повседневную жизнь общества, создавая условия для их полноценной жизни.

В Соединенных Штатах Америки права инвалидов закреплены законодательно и включены в общую систему гражданских прав, запрещающую дискриминацию человека. Базовым нормативно-правовым актом в данном вопросе является Закон 1990 года «Об инвалидах», защищающий на федеральном уровне права этой социальной группы и запрещающий её дискриминацию в трудовых отношениях, в государственных органах власти, в местах общественного пользования, торговле, на транспорте. Закон предписывает органам власти всех уровней обеспечивать для инвалидов «равный доступ к получению преимуществ от различного вида деятельности, программ и услуг». Это включает пользование государственными системами образования, здравоохранения, социальных услуг, нахождение в судах, на избирательных участках и городских собраниях. Закон обязывает предпринимать «разумные изменения политики, практики и процедур для избежания дискриминации в отношении инвалидов».

Кроме того, соответствующие государственные службы и строительные компании США должны учитывать особенности инвалидов при возведении новых и реконструкции имеющихся зданий и строений, чтобы облегчить доступ в них людям, пользующимся инвалидными колясками. Администрация общественного транспорта не должна допускать дискриминации инвалидов при предоставлении своих услуг. Ей полагается обеспечивать инвалидам надлежащие удобства при посадке - высадке и проезде или предоставлять специальные транспортные средства тем инвалидам, которые не в состоянии самостоятельно пользоваться обычными видами общественного транспорта. Законом США «О трудоустройстве инвалидов» запрещается их дискриминация при приеме на работу, продвижении по службе, профессиональном обучении, оплате труда.

Конституция Канады также закрепляет принцип равноправия инвалидов и невозможности дискриминации их по принципу физических или умственных недостатков. Закон Великобритании «О недискриминации инвалидов» 1995 г. так же включает принцип равных прав инвалидов и неинвалидов. В Основной Закон ФРГ в 1994 году внесена поправка следующего содержания: "Никто не должен ущемляться из-за своих недостатков (умственных или физических)". В настоящее время в ФРГ завершена процедура принятия IX раздела Кодекса социального законодательства (Реабилитация и участие инвалидов в жизни общества), в котором обобщены юридические предписания, касающиеся вопросов реабилитации и обеспечения прав инвалидов. Дополнение в Кодекс вступило в силу 1 июля 2001 г. В Венгрии принцип равных прав закреплен в законе "О правах инвалидов и обеспечении для них равных возможностей" 1998

года. В 36 законах Китая имеются нормы, гарантирующие права и интересы инвалидов¹.

**Основные критерии развития
политики государств в отношении инвалидов:**

- наличие официально признанной политики в отношении инвалидов;
- наличие специального антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов;
- судебные и административные механизмы реализации прав инвалидов;
- наличие неправительственных организаций инвалидов;
- доступ инвалидов к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, на образование, на создание семьи, на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политических прав;
- наличие безбарьерной физической и социальной среды.

По мнению экспертов ООН, в большинстве стран для социальной защиты инвалидов используется общее законодательство, то есть на инвалидов распространяются права и обязанности граждан государства. Эксперты ООН считают, что специальное законодательство, обеспечивающее равный доступ инвалидов к общему законодательству, является более сильным юридическим инструментом. Россия сочетает общее и специальное законодательство. Общее законодательство не дискриминирует инвалидов, пожалуй, в некоторых отношениях оно, скорее, страдает излишней мягкостью².

Реализация прав инвалидов предполагает наличие:

- Законодательной основы и институциональной базы в области решения проблем инвалидности

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

² Например, по отношению к инвалидам с психическими расстройствами. Закон РФ от 2 июля 1992г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" является одним из самых либеральных законов в мире в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

- Возможности отстаивания своих прав как в крупных городах, так и небольших, на сегодняшний день утверждать о равнодоступности к системе судебной и административной ответственности невозможно.
- Прав на специальную помощь для реализации своих прав в суде. Права инвалида труднореализуемы из-за тяжелого положения инвалида и его семьи, особенно сложно свои права отстаивать инвалидам с тяжелыми формами заболеваний. Инвалиды ограничены в передвижении, а учреждения судов и исполнительных органов для них иногда просто недоступны.
- Развернутой системы информирования о правах. Источники информации не являются обязательными и релевантными, поэтому информация часто носит случайный и не всегда достоверный характер. Инвалид не всегда уверен в своих правах.

Основными правами, которые должны быть гарантированы инвалиду и на основе которых определяется степень соответствия национальной политики государства международным стандартам, являются права на образование и труд, на вступление в брак, на родительство, право обращения в суд, право на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политические права.

Сегодняшние российские законодательные акты относительно заботы и помощи людям с ограниченными возможностями по содержанию приближаются к законам и принципам, принятым во всем мире. В 1991 году в нашей стране был принят закон "Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР", в котором были закреплены основные принципы и направления решения проблемы инвалидов. В дальнейшем Российская Федерация провозгласила себя правовым и социальным государством, привела конституцию страны и федеральное законодательство в соответствие с международными стандартами уважения прав человека, и в первую очередь с принятыми Генеральной Ассамблеей ООН Всеобщей декларацией прав человека 1948 года, Декларацией социального прогресса и развития 1969 года, Декларацией прав инвалида 1975 года, Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов 1993 года, Всемирной программой действий в отношении инвалидов.

И хотя люди с ограниченными возможностями, а также их семьи по-прежнему наталкиваются на барьеры во взаимопонимании и общении с другими людьми, многое свидетельствует о том, что в целом социальное отношение к инвалидам постепенно изменяется, пройдя путь от невнимания и отвержения до принятия и признания их прав, достоинства и полноценного участия в жизни общества. Принятие 20 июля 1995 года Государственной Думой Закона "О социальной защите инвалидов в РФ", разработка проекта Закона РФ "О специальном образовании", создание

реабилитационных центров - все это говорит о изменяющейся социальной политике.

Законы об инвалидах в РФ

Федеральные законы и постановления

- Федеральный закон "О внесении изменений и дополнения в статью 16 Закона Российской Федерации "Об образовании" от 20 июля 2000 г. N 102-ФЗ
- Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями от 24 июля 1998 г., 4 января, 17 июля 1999 г., 27 мая 2000 г., 9 июня, 8 августа, 29 декабря, 30 декабря 2001 г.) от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ
- Постановление Правительства Российской Федерации "Об Утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях" № 861 от 18 июля 1996 г.
- Постановление Правительства Российской Федерации "О предоставлении бесплатного социального обслуживания и платных социальных услуг государственными социальными службами" № 739 от 24 июня 1996 г.
- Указ Президента Российской Федерации "О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов" №394 от 25 марта 1993 г.
- Федеральный Закон "О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" № 159-ФЗ от 21 декабря 1996 г.
- Федеральный Закон "Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации" № 124-ФЗ от 24 июля 1998 г.
- Федеральный Закон "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" № 195-ФЗ от 10 декабря 1995 г.
- Постановление Правительства Российской Федерации "Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности" №927 от 12 августа 1994
- Федеральный Закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" № 181-ФЗ от 24 ноября 1995 г.
- Указ Президента Российской Федерации "О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов" № 1011 от 1 июля 1996 г. (с изменениями от 27 апреля 2000 г.)
- Указ Президента Российской Федерации «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» №802 от 27 июля 1992 г.

Отраслевые нормативные акты

- Постановление Министерства социальной защиты населения РФ "О пенсионном обеспечении детей, находящихся на полном государственном содержании" № 1-6-у от 23 июня 1995 г.

- Постановление Министерства труда "Об утверждении примерного Положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида" № 42 от 14 декабря 1996 г.
- Приказ Министерства образования от 18.06.2001 № 2417 О реализации решения коллегии от 15 мая 2001 г. № 10 "Об опыте работы вузов России по обеспечению доступности высшего профессионального образования для инвалидов»
- Приказ Минобразования РФ от 22 октября 1999 г. N 636 "Об утверждении положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации"
- Письмо Минобразования РФ от 25 марта 1999 г. N 27/502-6 "Об условиях приема и обучения инвалидов в учреждениях высшего профессионального образования"
- Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 19 июля 2000 г. № 52 Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения "Центр социальной помощи семье и детям"
- Разъяснение Минтруда РФ и Фонда социального страхования РФ от 4 апреля 2000 г. N 3/02-18/05-2256 "О порядке предоставления и оплаты дополнительных выходных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами" (утв. постановлением Минтруда РФ и Фонда социального страхования РФ от 4 апреля 2000 г. N 26/34)
- Постановление Минтруда РФ от 27 июля 1999 г. N 29 "Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности социально-оздоровительных центров граждан пожилого возраста и инвалидов"
- Постановление Минтруда РФ от 29 октября 1998 г. N 44 "О Рекомендациях по созданию и организации деятельности попечительских (общественных) советов при учреждениях социальной защиты населения"
- Приказ Минздрава РФ и Минтруда РФ от 25 февраля 1998 г. № 50/18 "Об утверждении формы направления детей в возрасте до 16 лет на освидетельствование в учреждения медико-социальной экспертизы"
- Постановление Минтруда РФ и Минздрава РФ от 29 января 1997 г. N 1/30 "Об утверждении Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы"
- Постановление-приказ Минтруда РФ, Минздрава РФ и Минобразования РФ от 23 декабря 1996 г. N 21/417/515 "Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении"
- Приказ Минобразования РФ и Минздравмедпрома РФ от 18 июля 1994 г. N 268/146 "Об освобождении от итоговой аттестации выпускников 9,11 (12) классов общеобразовательных учреждений"
- Постановление Минтруда РФ от 8 сентября 1993 г. N 150 "О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда"

Необходимо более подробно остановиться на рассмотрении структуры и содержания закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (см. Приложение 3). Документ состоит из пяти глав, регулирующих различные аспекты проблемы инвалидности. В главе первой закона обсуждены общие положения, содержится определение понятия "инвалид", рассматриваются основания определения группы инвалидности. Согласно закону, в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид". Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Социальная защита инвалидов определяется в этом документе как система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. В первой части закона, кроме этого, регулируются и вопросы соответствия федеральных и международных документов, устанавливается и регулируется компетенция органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов.

Вторая глава закона посвящена рассмотрению понятия и механизмов медико-социальной экспертизы. Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации. Перечисляется перечень функций, возлагаемых на Государственную службу медико-социальной экспертизы.

Третья глава настоящего закона посвящена вопросам *реабилитации* инвалидов. Реабилитация инвалидов определяется как система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. Расшифровано содержание процесса реабилитации.

Реабилитация инвалидов, согласно закону, подразумевает медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования; профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства; социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации. Статья 10 закона регулирует гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Данным законом предусматривается разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов как комплекса оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающего 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. Индивидуальная программа реабилитации инвалида, согласно закону, является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Координация деятельности в сфере реабилитации инвалидов осуществляется Министерством социальной защиты населения Российской Федерации. Реабилитационными являются учреждения, осуществляющие процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами. Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом региональных и территориальных потребностей должны создавать сеть реабилитационных учреждений и обеспечивать развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организовывать производство технических средств реабилитации, способствовать развитию негосударственных реабилитационных учреждений.

Сеть реабилитационных учреждений должна развиваться на всей территории страны с целью максимального приближения их к месту проживания инвалидов. Они призваны проводить мероприятия по восстановлению или компенсации инвалидам утраченных функций, консультировать инвалидов и членов их семей. В России функционирует 605 реабилитационных центров и отделений, из них 179 для взрослых и 426 для детей-инвалидов. Однако, не везде уделяется должное внимание созданию областных реабилитационных центров.

Законодательство Российской Федерации предусматривает получение инвалидами технических средств реабилитации, обеспечивающих их особые потребности, повышающие уровень их независимости в повседневной жизни. Государство обязано поддерживать разработку и производство различных вспомогательных устройств и оборудования, средств передвижения, бытового самообслуживания, коммуникации, содействовать формированию национального рынка реабилитационных изделий.

Положение с обеспечением права инвалидов на надлежащую протезно-ортопедическую помощь не решить лишь одним специализированным государственным организациям. Здесь большое поле деятельности для проявления инициативы и благотворительности со стороны зарубежных и отечественных коммерческих и некоммерческих организаций.

Предоставление основных технических средств реабилитации осуществляется бесплатно или на льготных условиях. Однако, обеспеченность реабилитационного процесса техническими средствами недостаточна. Указанное количество предприятий не решает проблему доступности данного вида реабилитации для инвалидов, имеющих потребность в протезно-ортопедической помощи. Производство средств реабилитации в недостаточном количестве обуславливает большие очереди на их получение и длительное ожидание инвалидами этих средств. Недостаточное финансирование расходов по обеспечению инвалидов протезно-ортопедическими изделиями во многих регионах приводит к низкому уровню протезно-ортопедической помощи.

Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

Четвертая глава закона посвящена вопросам обеспечения жизнедеятельности инвалидов. В этой части содержится рассмотрение государственных и общественных ресурсов помощи инвалидам. Это медицинская помощь - оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам, включая лекарственное обеспечение. Медицинская реабилитация инвалидов проводится в рамках федеральной базовой программы обязательного медицинского страхования населения Российской Федерации за счет средств федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. На практике статья закона претерпевает различные искажения, например, списки выдаваемых бесплатно лекарств повсеместно сокращаются.

В некоторых регионах России обеспечение лекарствами решается нетрадиционно: создаются "социальные аптеки", которые имеют льготы

по налогообложению. Цены на лекарства в таких аптеках намного ниже, однако очереди на получение лекарства стоят годами.

Законом регулируются вопросы обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к информации (статья 14). В этих целях принимаются меры по укреплению материально-технической базы редакций, издательств и предприятий полиграфии, выпускающих специальную литературу для инвалидов, а также редакций, программ, студий, предприятий, учреждений и организаций, осуществляющих выпуск грамзаписей, аудиозаписей и другой звуковой продукции, кино- и видеофильмов и другой видео продукции для инвалидов. Язык жестов признается как средство межличностного общения. Вводится система субтитрирования или сурдоперевода телевизионных программ, кино- и видеофильмов. Следует отметить, что доля таких передач и кинофильмов невелика, даже информационные передачи редко сопровождаются сурдопереводом.

Статья №15 рассматривает проблему обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры. Согласно закону, Правительство Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности должны создавать условия инвалидам (включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников) для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры. Планировка и застройка городов, других населенных пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, а также разработка и производство транспортных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для доступа к ним инвалидов и использования их инвалидами не допускаются. Предприятия, учреждения и организации, осуществляющие транспортное обслуживание населения, должны обеспечивать оборудование вокзалов, аэропортов, транспортных средств специальными приспособлениями, позволяющими инвалидам беспрепятственно передвигаться. Приведен перечень объектов инфраструктуры и порядок регуляции доступа к ним.

Самым проблемным вопросом обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в Российской Федерации является бесплатное обеспечение их специальными автотранспортными средствами. По данным Министерства труда и социального развития Российской Федерации и органов социальной защиты населения субъектов федерации количество инвалидов, нуждающихся в получении транспортных средств, составляет 156 тыс. чел., из которых 80 тыс. инвалидов - в получении автомобиля, 76 тыс. чел. - мотоцикла. В Российской Федерации для многих инвалидов установка квартирного телефона по-прежнему остается одной из самых острых проблем. В городах Екатеринбурге и Элисте выездной приемной Уполномоченно-

го по правам человека в Российской Федерации в мае и июле 2001 года выявлено, что инвалиды Великой Отечественной войны, пользующиеся внеочередным правом установки квартирного телефона, не могут реализовать это право более 20 лет.

Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

Статья 17 закона регулирует порядок обеспечения инвалидов жилой площадью. Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями с учетом льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации. Инвалиды имеют право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утверждаемым Правительством Российской Федерации. В данном разделе закона уделено внимание вопросам оборудования жилых помещений для инвалидов. Однако сеть сервисов, которые могли бы заниматься вопросами адаптации жилых помещений соответственно потребностям инвалидов, до сих пор отсутствуют. Создание удобного жилья остается личным делом самого инвалида или членов его семьи.

Вопросы доступности образования, воспитания и обучения детей-инвалидов обсуждаются в статьях 18 и 19 рассматриваемого закона декларируется гарантированность образования, создание государством необходимых условий для получения образования и профессиональной подготовки инвалидов. Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, согласно закону, должны создаваться специальные, профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

Однако по-прежнему актуальна проблема интегрированного образования, доля инвалидов, обучающихся в обычных, неспециализированных учебных заведениях, слишком мала. Образовательная структура специализированных школ для детей-инвалидов порой не выдерживает критики на стереотипное предвзятое отношение к возможностям инвалидов. У работников специализированных школ и интернатов существуют установки на сегрегацию детей-инвалидов, чрезмерный контроль и опеку. Специальные профессиональные образовательные учреждения для инвалидов чаще всего предоставляют им возможность получить рабочую профессию. Проблема доступности высшего образования для инвалидов на сегодняшний день широко обсуждается, однако доля инвалидов, по-

ступающих в вуз, не возрастает, дополнительные технологические меры, облегчающие процедуру вступительных экзаменов и обучения инвалидов с определенными нарушениями здоровья, не отработаны.

Статья 20 настоящего закона регулирует обеспечение занятости инвалидов. Инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации путем проведения специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда и мер, стимулирующих работодателей предоставлять рабочие места инвалидам. Регулируется создание специальных рабочих мест для инвалидов (статья 22). Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов - рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

В соответствии со статьей 23 инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, должны создаваться необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Работодатели несут ответственность (статья 24) в обеспечении занятости инвалидов. Регулируются и определяются условия признания инвалида безработным. Предписан ряд мер, призванных стимулировать работодателей в предоставлении рабочих мест инвалидам. Законом регулируется материальное обеспечение инвалидов (статья 27). Рассмотрены вопросы социально-бытового обслуживания инвалидов, условия пребывания инвалидов в стационарном учреждении социального обслуживания.

Статья 30 рассматривает вопросы транспортного обслуживания инвалидов, льготы по проезду в общественном транспорте. Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (статья 32).

Все вышеперечисленные меры, однако, на практике не всегда действуют, по-прежнему существует проблема льготного проезда инвалидов в коммерческих автобусах, где согласно федеральному и местному законам действуют льготы по проезду инвалидов, но зачастую владельцы автобусов сами устанавливают правила в своем транспорте, а инвалид, решившие воспользоваться своими льготами в таком транспорте, вынуждены либо унижительно оправдываться, вызывая к состраданию кондуктора, либо идут на конфликт.

Требования к работодателям по поводу создания необходимых условий труда инвалидов зачастую не выполняются. Современный работодатель, который мало заинтересован в принятии инвалида на работу,

вряд ли пойдет на дополнительные затраты для обустройства рабочего места инвалида. Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, должны рассматриваться в судебном порядке. В настоящее время, хотя и создан ряд прецедентов, однако четких механизмов соблюдения статей законодательства нет.

Глава пятая настоящего закона посвящена общественным объединениям инвалидов. Регулирует право инвалидов на создание общественных объединений (статья 33), налоговые и иные льготы в бюджеты всех уровней (статья 34). Согласно статье 36 Закона, Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации необходимо привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Необходимо отметить, что несмотря на перечисленные недостатки, разработка и принятие рассмотренного закона запустили в действие новые схемы решения проблем инвалидности, были созданы соответствующие структуры при министерствах и ведомствах, запущены новые механизмы установления инвалидности и реабилитации. Безусловно, возник ряд трудностей на практике, когда не было ясной информации в регионах, о том, что такое индивидуальная программа реабилитации и что она должна содержать, на что должна быть направлена. Кроме того, после принятия данного закона возникла необходимость принятия еще ряда документов уточняющего и дополняющего характера с четко прописанными механизмами контроля и ответственности за соблюдение статей закона.

В этой связи в 1996 году совместным постановлением Минтруда России, Минздрава России от 29.01.96 утверждены "Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы". Министерством труда утверждаются положения об индивидуальной программе реабилитации, к этому положению приложена карта индивидуальной программы реабилитации, содержащая пункты по медицинским, социальным и профессиональным аспектам реабилитации. Правительство РФ издает распоряжение "О государственной службе реабилитации инвалидов". Минтруда РФ совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами разработало и приняло Постановление от 23.12. 1996 "Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении".

Таким образом, фундаментом социальной политики по отношению к инвалидам становится реабилитация, восстановление и активизация способностей инвалидов к относительно независимой жизни. Практическая реализация курса социальной политики приобретает разный оттенок на практике.

Так, недостаточно развита законодательная база в области медицинской реабилитации, особенно в той ее части, которая призвана служить предупреждению заболеваний, приводящих к инвалидности, в частности по организации и содержанию первичной медико-санитарной помощи, доступной всем слоям населения; по созданию системы раннего выявления и профилактики инвалидности; по четкой регламентации правил техники безопасности, производственной санитарии, приспособления рабочих мест, оборудования и производственной среды в целях предупреждения утраты профессиональной трудоспособности или предупреждения болезни (или ее обострения).

Одним из главных критериев эффективности социальной политики в отношении инвалидов, по идее, должна быть ее ориентация на выход максимально возможного числа лиц из состояния инвалидности. Полная реабилитация означает снятие статуса инвалида. Два других показателя - частичной реабилитации и утяжеления инвалидности (дереабилитация) - отражают процесс перетекания инвалидов из группы в группу. Частичная реабилитация - переход в более легкую группу (для третьей группы, естественно, отсутствует). Утяжеление инвалидности или дереабилитация - переход в более тяжелую (соответственно, для первой группы невозможен).

Изучение практических механизмов реализации даже отдельных пунктов закона на уровне отдельно взятого города раскрывает огромные просчеты и особенности практической действительности. Например, чтобы оценить, какие возможности, и ограничения в сфере трудовой деятельности налагает законодательство для социальной группы инвалидов, необходимо рассмотреть и проанализировать два взаимосвязанных аспекта:

- права и обязанности инвалидов в сфере трудовых отношений и занятости
- возможности и ограничения, которые имеют работодатели при использовании труда инвалидов. Государственные органы медико-социальной экспертизы и реабилитации, социальной защиты населения, которые обозначают проблему инвалидов в сфере занятости, маркируют следующие права инвалидов, которые должны соблюдаться¹.
- инвалиды имеют право на необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;

¹ Постановление Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы" №1/30 от 29.01.1997 г.

- не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов, ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками;
- для инвалидов 1-й и 2-й групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени, не более 35 часов в неделю, с сохранением полной оплаты труда;
- привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья;
- инвалидам предоставлено право перевода на более легкую работу в соответствии с медицинским заключением, временно или без ограничения срока¹, при таком переводе за работниками сохраняется прежний средний заработок в течение 2-х недель со дня перевода²;
- работающие инвалиды имеют право на получение лекарств по рецептам врачей с 50 % скидкой³, а также на обеспечение санаторно-курортными путевками по месту работы на льготных условиях⁴;
- имеют право на льготные условия для предпринимательской деятельности;
- общественные объединения инвалидов, которые могут осуществлять предпринимательскую деятельность, имеют льготы по уплате федеральных налогов, сборов, пошлин и др. платежей в бюджеты всех уровней⁵.

Федеральный закон сохраняет льготы, установленные инвалидам законодательством бывшего Союза ССР. Таким образом, дополнительно к вышеперечисленным продолжают действовать прежние правила. Недопустимо установление испытательного срока инвалидам, направленным на работу в счет утвержденного плана трудоустройства для данного предприятия. "Поскольку направление на работу в счет брони или в счет плана по трудоустройству гарантирует инвалиду получение работы на определенном предприятии, то и в случае отсутствия у него достаточной квалификации или опыта работы он не должен увольняться по несоответствию выполняемой работе по состоянию здоровья. Ему должна быть предоставлена возможность либо повысить квалификацию, либо приобрести новую специальность в одной из форм производственного обуче-

¹ КЗОТ РФ. Ст.155

² Там же, ст.156

³ Постановление Правительства РФ от 30. 07. 94 г. "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения".

⁴ ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" 1995 г. Ст. 29

⁵ ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" 1995 г. ст.34

ния на данном предприятии. Инвалиду может быть также предоставлена другая подходящая работа с учетом имеющейся трудовой рекомендации"¹. Следует отметить, что этот аспект законодательства в большей степени полноценно соблюдался в советский период, в эпоху рыночной экономики и нестабильности предприятий весьма сомнительно соблюдение данной гарантии инвалидам.

Согласно Закону о социальной защите инвалидов в РФ, целью социальной защиты инвалидов признается обеспечение равных с другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ. Статья 15 Закона предусматривает обеспечение свободного доступа людей с ограниченными возможностями к жилым, общественным и производственным зданиям, местам отдыха, спортивным сооружениям, культурно-зрелищным и другим учреждениям, а также беспрепятственное пользование общественным транспортом, средствами связи и информации.

К сожалению, ни данная статья Закона, ни другие постановления и акты в отношении безбарьерной среды обитания для инвалидов в России пока не выполняются.

Проблемы создания безбарьерной среды обитания

Критерием оценки политики в отношении инвалидов является доступность для инвалида физической среды, включая жилье, транспорт, образование, работу и культуру, и доступность информации и каналов коммуникации. В России 2 октября 1992 г. Указом Президента “О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности” было положено начало преобразованию среды с учетом потребностей инвалидов. В России разработаны стандартные правила, учитывающие потребности инвалидов при строительстве жилья, устройстве социальной инфраструктуры. Однако самым важным препятствием для реализации этого направления является отсутствие механизма, *обязывающего* принимать соответствующие меры. Вместе с тем российская специфика заключается в том, что примерно 15-20% инвалидов живет в условиях села, в частном секторе, где вообще не идет речь об удобствах. В регионах с низкой плотностью населения существует проблема коммуникаций для здоровых людей, и, естественно, эта проблема усиливается в отношении инвалидов. В настоящее время в России сформирована и реализуется Федеральная целевая программа “Формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности”. Вместе с тем законодательная база является лишь предпосылкой для большой работы по созданию безбарьерной среды, которая должна начинаться с детальной разработки част-

¹ Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов. Л., 1981. С. 127

ных механизмов реализации декларируемых норм, с мониторинга жилищных и социально-пространственных нужд инвалидов, развития политики адаптации окружающей среды к потребностям инвалидов.

Среди причин, снижающих социальную активность инвалидов, в том числе их конкурентоспособность на рынке труда, сами инвалиды, как показали интервью, выделяют барьеры среды, когда они испытывают трудности с передвижением, транспортировкой к месту работы, связанные с недоступностью или неудобством различных объектов социальной инфраструктуры, а также с отсутствием или плохим качеством необходимых приспособлений: «да что они на протезном делают – это же не протезы, а мучение одно, на них и ходить-то невозможно», «нужно ходить в магазин, а это не всегда удобно», «уволилась... - работала в две смены, в час ночи возвращаешься, да еще дорога неудобная». К сожалению, в основном ситуация остается прежней, хотя имеют место локальные положительные примеры грамотного подхода к вопросам доступности среды и технического обеспечения. Чаще всего эти примеры демонстрируют владельцы частных фирм и сервисов, ориентированные на преемственность западных стандартов.

По словам заместителя министра труда и социального развития РФ А.И. Осадчих, на сегодняшний день в России сформированы основы реабилитационной индустрии, объединяющей более 200 предприятий – производителей технических средств реабилитации инвалидов: «Разработано более 150 новых технических средств протезирования, вспомогательных устройств, новых средств для передвижения инвалидов. Появились аппараты, дающие возможность слепым ориентироваться в пространстве, а глухим – «слышать». Внедрен в производство не имеющий аналогов синтезатор речи для инвалидов с поражением слуха и речи. Выпускаются модернизированная модель кресла – коляски с изменяемыми характеристиками ходовой части, а также усовершенствованные модели тростей и костылей»¹.

Мировой опыт показывает, что среда, приспособленная для инвалидов, благоприятна для всех членов общества. Закон "О социальной защите инвалидов в РФ" обязывает власти создавать инвалидам условия для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры. Госстроем и Минтруда России принят и введен в действие Порядок реализации требований доступности для инвалидов к объектам социальной инфраструктуры. Таким образом, теперь имеется целый ряд нормативных документов. Проектные задания должны быть согласованы с местными органами социальной защиты. Контроль должен осуществляться при участии представителей органов социальной защиты и общественных организаций инвалидов. Новые жилые помещения должны строиться с учетом

¹ Осадчих А. Они нуждаются в поддержке // Соц. Обеспечение. 1999. № 2. С. 22-23.

возможной адаптации любой квартиры к нуждам инвалидов. При текущем ремонте дорог, например, необходимо устраивать съезды и пандусы, приспособливая их для инвалидов. При сдаче в аренду или продаже нежилых помещений местные власти могут обязать арендатора или нового владельца выполнить требования доступности помещения для инвалидов.

В настоящее время положения, обеспечивающие учет интересов инвалидов и других маломобильных групп населения содержатся в действующих строительных нормах и правилах, откорректированных с целью учета в них требований доступности зданий и сооружений для инвалидов. В регионах России местными экспертными органами должен быть установлен контроль за качеством проектной документации на строительство и реконструкцию зданий и сооружений в части обеспечения доступа инвалидов к зданиям, сооружением и входящим в их состав помещениям для беспрепятственного получения необходимого комплекса услуг. Местные власти должны требовать в соответствии с Законом и не выдавать лицензий тем автотранспортным предприятиям, которые отказываются оснащать свои автобусы подъемниками. Перспективным планом благоустройства города должна стать поэтапная реконструкция улиц и перекрестков, при которой будут учтены и требования инвалидов. Строка закона, декларирующая, что «организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности несут ответственность за неисполнение обязанностей по обеспечению доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры» не имеет механизмов реализации, нет четких обозначений ответственности за неисполнение закона, не предусмотрены механизмы контроля, проверки, стандартизации объектов социальной инфраструктуры.

Специальными устройствами, облегчающими жизнь инвалидам, должны быть оборудованы также аэропорты, железнодорожные и автовокзалы, тротуары и дорожные переходы. Должны быть отдельные стоянки и номера для автотранспорта инвалидов, специальные туалеты, что является обычным для многих стран мира.

Доступная среда обитания напрямую выходит на вопросы организации жилищной политики, и об этом мы поговорим далее более подробно. [ИЗМЕНЕНИЕ – ФРАГМЕНТ О ЖИЛИЩНОЙ ПОЛИТИКЕ ПЕРЕНЕСЕН В ОТДЕЛЬНЫЙ ПАРАГРАФ]

Таким образом, на сегодняшний день основы формирования безбарьерной среды жизнедеятельности инвалидов только начинают разрабатываться, несмотря на то, что указ Президента «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» был принят девять лет назад. Те, от кого зависит формирование безбарьерной среды, среди препятствий к внедрению разработанных градостроительных и жилищных нормативов чаще всего называют финансовые проблемы.

Однако, на наш взгляд, это проблема расстановки приоритетов и недостатка контроля за реализацией законодательных норм.

В частности, соблюдение гарантии и обеспечение прав маломобильных граждан на доступную окружающую среду все более и более представляется как свобода индивидуума, позволяющая самореализоваться.

Достижения зарубежных сообществ в повышении доступности объектов социальной инфраструктуры заставляют обратить на себя внимание. В США проблема доступности окружающей среды лежит в области прав и свобод человека, в Великобритании это в большей степени технический и компенсационный вопрос, который можно решить через соответствующие меры. Кроме того, доступ в США подкреплен широко распространенной политизацией людей с инвалидностью. Например, американский опыт формирования безбарьерной среды включал введение национальных стандартов для удаления барьеров через сотрудничество с Американским Национальным Институтом Стандартов. В 1968 году был принят Архитектурный Акт и ряд других документов, которые отклоняют идею, что права инвалидов должны быть защищены только в отдельных (сегрегированных) специально отведенных местах. Это было крупное достижение, однако меры осуществления принятых стандартов были недостаточными.

Такая ситуация спровоцировала появление радикальных групп давления из числа людей с ограниченными возможностями, которые стали бороться за обеспечение своих прав и свобод. Прогрессивные лидеры правительства поддерживали идеи доступности, а на аргументы, связанные с тем, что доступная среда стоит дорого и требует больших инвестиций, отвечали контраргументом, что дальнейшее отсутствие безбарьерной среды обойдется еще дороже, поскольку значительная доля государственных средств идет на содержание и обеспечение инвалидов. Автономный в передвижении и в способах самореализации на рынке труда инвалид с большей вероятностью может сам обеспечивать себе достойное существование, чем человек, полностью зависящий от системы социальной защиты, ограниченный в передвижении барьерами городского пространства.

Можно предложить следующую необходимую первичную деятельность по организации безбарьерной среды:

- на уровне местного, городского сообщества - разработку мер, побуждающих строительные компании строиться и развиваться с учетом требований доступности
- вменение в обязанность планировщикам учитывать способы достижения доступности проектируемых объектов
- организацию любой общественной деятельности в доступных местах

- создание городской базы данных и внесение в список всех городских зданий, отвечающих требованиям доступности
- социально-экономическую поддержку инициатив среднего и малого бизнеса, организующего свою деятельность с учетом доступности
- формирование на уровне местной власти и планирования такого отношения к проблеме обеспечения доступности, которое сообщает предпринимателю, что доступное здание максимизирует их рыночные возможности
- вовлечение инвалидов в процесс формирования услуг, обеспечивающих доступность среды, процессы руководства консультирования и экспертизы по вопросам безбарьерного пространства
- содействие развитию сферы услуг по специальному оборудованию и модификации домов и квартир, с целью увеличения возможностей инвалидов для самостоятельного функционирования в ежедневных занятиях

Для того, чтобы социальное обслуживание инвалидов происходило в цивилизованных условиях, вопрос среды обитания инвалидов требует своего немедленного решения. Необходимо всячески привлекать к нему внимание общественности, властей и журналистов.

Переломный год для инвалидов обещает московское правительство (Валерий Панюшкин, "Коммерсантъ", 20.01.2003)

Вчера в институте РЕАКОМП, учрежденном Всероссийским обществом слепых, состоялась пресс-конференция, посвященная двухлетию закона о безбарьерной инфраструктуре города. Активисты общественной организации инвалидов "Перспектива" пытались московских чиновников, когда же те станут соблюдать закон, то есть устроят пандусы, говорящие светофоры, низкопольные автобусы и табло, на которых написано название следующей остановки. Правительство обещало, что 2003 год станет переломным.

Директор института РЕАКОМП, обучающего слепых работать на специальных компьютерах Сергей Ваньшин рассказал для начала, что каждый московский слепой хотя бы однажды в жизни обязательно падает на рельсы в московском метро. Он рассказал, что один из московских банков в качестве эксперимента принял на работу слепую девушку. И все общество слепых с нетерпением ждало, что девушка зарекомендует себя на этой работе с наилучшей стороны, что будет создан прецедент, что инвалидов станут брать на работу как равных... Но накануне первого своего рабочего дня девушка упала в метро на рельсы и погибла.

Говорят даже, будто после этого случая руководство метрополитена запретило контролерам пускать в метро инвалидов без сопровождения. Проложить у края платформы рельефные полосы, чтобы слепой мог нащупать их тростью, разумеется, сложнее и дороже.

- Я впервые слышу про такое распоряжение по метрополитену,- заместитель председателя комитета соцзащиты Москвы Александр Коновалов заметно испугался. – Мы обязательно выясним и, если такое распоряжение существует, опротестуем его. Господин Коновалов рассказывал, как реализуется городская комплексная программа создания условий свободного передвижения инвалидов. Например, про строительство подъемников и пандусов для инвалидов-колясочников господин Коновалов сообщил, что подъемниками за два года оборудованы три медицинских учреждения (геронтопсихиатрический центр, детская поликлиника и поликлиника в здании мэрии). На Курском вокзале подъемниками оборудованы две платформы, четвертая и пятая (как будто с остальных четырех платформ инвалидам не бывает нужно куда ехать). Еще пандусы были построены в девяти подъездах жилых домов Южного и Северо-Западного округов (как будто в остальных округах не живет ни одного инвалида). Господин Коновалов сообщил, что теоретически по закону каждое учреждение должно построить у себя пандус, практически же ни одно учреждение еще не было оштрафовано за отсутствие пандуса, а это могли бы быть миллионы.

Деньги на доступную городскую среду в 2003 году московское правительство возьмет из фонда квотирования рабочих мест, то есть инвалидам помогут передвигаться по городу, но зато перестанут помогать устраиваться на работу.

Еще господин Коновалов обещал, что впредь ни одно новое здание в Москве не будет строиться, если в проекте не предусмотрены пандусы, направляющие для слепых и табло для глухих.

Тут менеджер "Перспективы" Валерий Школьников сказал, что пандус пандусу рознь.

- Почему,- спросил господин Школьников,- если "Газпром" строит новое здание, то пандусы там удобные и лифты с кнопками по Брайлю, а если открывается новая станция метро "Бульвар Дмитрия Донского", то пандус там под уклоном 45%?

- Тому, кто это проектировал,- продолжал господин Школьников,- я готов дать свою коляску, и пусть он по этому пандусу съедет. Только надо "скорую" заранее вызвать. Наклон пандуса должен быть 12%.

Краткие рекомендации и направления реализации прав инвалидов

- Необходимо отработать механизм, когда законы, принимаемые во исполнение программных актов, не могут быть приняты до тех пор, пока у государства не появятся реальные финансовые возможности для их исполнения.
- Необходимо укрепление целостности системы социального обеспечения и социальной защиты инвалидов на основе социально-экономического, финансово-экономического и организационно-технического единства, что в значительной мере зависит от рациональности управления данной отраслью.

- Важно предусмотреть постоянное развитие законодательства о социальной защите инвалидов, путем создания механизма автоматического закрепления изменений, содержащихся в законодательстве условий и норм социальной защиты инвалидов вслед за изменением социально-экономических условий в стране.
- Необходимо также разработать механизм повышения уровня жизни инвалидов, особенно путем регулярного пересмотра социально-гарантированных минимальных норм и льгот для инвалидов. При этом расширение льгот и услуг должно в первую очередь касаться инвалидов наиболее нуждающихся, с большей степенью потери трудоспособности или функциональных нарушений организма.
- Внедрить механизм, блокирующий возможность принятия законов, не подкрепленных источниками (по каждому законодательному предложению - экспертное заключение Минфина России).
- Ввести безусловное финансирование федеральных целевых программ социальной защиты инвалидов и ужесточение ответственности Правительства Российской Федерации за неисполнение бюджетных обязательств. Предать гласности обсуждения по этому вопросу.
- Изменить соотношение расходов на финансирование социальной политики за счет увеличения финансирования мер “активной” политики (обучение и пр.) и акцентирования реабилитационных мер
- Усилить работу по привлечению внебюджетных источников финансирования политики в отношении инвалидов и стимулирования малого и среднего бизнеса к созданию доступной социокультурной среды.
- В области профессиональной реабилитации необходимо обеспечить гарантированное адресное решение вопросов потребности инвалидов в профессиональной реабилитации.
- Разрабатывать и внедрять научнообоснованные методики медико-психологической и социальной реабилитации инвалидов, организовать работу по специальной подготовке (переподготовке) специалистов по реабилитации инвалидов.
- Развивать деятельность по формированию реабилитационной индустрии как промышленной основы социальной защиты инвалидов и созданию безбарьерной среды жизнедеятельности инвалидов.
- Обеспечить учет специфических потребностей инвалидов, проживающих в сельской местности
- Задачи социальной политики в отношении инвалидов, несмотря на всю свою специфику, должна рассматриваться в комплексе, а не в отрыве от общего контекста социальной политики.

Социальная политика в отношении инвалидов в России имеет длительную историю и формировалась неравномерно как с точки зрения ин-

ституты, так и с точки зрения охвата различных групп населения. Безусловный приоритет с точки зрения форм и методов социальной политики приобрела “военная” инвалидность, причем “тема военных заслуг” получила наибольшее развитие не в послевоенные годы, когда масштаб инвалидности резко возрос в связи с участием СССР в Великой отечественной войне, а в основном в 1960-70-е гг., когда численность инвалидов-непосредственных участников войны уже имела тенденцию к сокращению.

Основная парадигма социальной политики в отношении инвалидов состояла в стремлении создать единую, абсолютную и всеохватывающую систему. Подобная система оформилась в середине 1970-х гг., а в дальнейшем лишь подвергалась незначительным и непринципиальным изменениям. В частности, только к этому периоду произошло выравнивание между населением, занятым в промышленности, и занятыми в аграрном секторе. Тем не менее сложилась сложная, разветвленная и стратифицированная структура инвалидов и системы распределения благ между ними.

До 1990-х гг. социальная политика в отношении инвалидов имела преимущественно компенсационный характер, когда меры этой политики концентрировались на денежных выплатах и неденежных услугах, в очень малой степени связанных со спецификой инвалида как индивидуума с определенными физическими недостатками. Задача приспособления жизненной среды к особенностям и нуждам инвалидов даже не формулировалась. Впервые эта проблема нашла свое звучание в Законе “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” 1995 г. и последующих документах. В отличие от ранее действовавшего порядка регулирования поддержания уровня доходов и условий занятости инвалидов впервые была предпринята масштабная попытка реализации политики социальной реабилитации инвалида.

Закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” 1995 г. провозгласил новые подходы к формированию социальной политики по отношению к инвалидам и обобщил большинство прогрессивных методологических подходов, имеющих в мировой практике, однако не создано четких механизмов исполнения закона. Внедрение новых принципов политики в отношении инвалидов, не подкрепленное реальными механизмами, не привело к реальному улучшению положения инвалидов в обществе. Складывается особый социальный парадокс: инвалиды имеют больше прав и одновременно меньше реальных возможностей для их реализации.



Вопросы и задания

1. Раскройте основные вехи в формировании социальной политики в отношении инвалидов в России.
2. Какие права инвалидов гарантирует закон «О социальной защите инвалидов»? Каковы основания признания граждан инвалидами? В каких действиях органов государственной власти и общества в целом проявляется маргинализация инвалидов?
3. Чего не хватает для инвалидов на российском рынке товаров и услуг? Смоделируйте службу, деятельность которой направлена на содействие удовлетворению потребностей инвалидов в доступности а) городской среды, б) пространства квартиры, дома, в) информации, г) образования, д) сферы досуга.
4. Внимательно изучите закон «О социальной защите инвалидов» (Приложение 3). Составьте проект социальной программы, направленный на реализацию конкретной главы или статьи закона.
5. Что такое доступная для инвалидов среда, каковы основные параметры доступности? Какие законы и программы (федеральные и региональные) направлены на создание условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур?
6. Сделайте подборку и реферативный обзор градостроительных нормативов и стандартов, учитывающих потребности инвалидов при строительстве жилья, устройстве социальной инфраструктуры (см. Приложение 6).
7. По возможности найдите и проанализируйте дипломную или курсовую работу студентов архитектурно-строительного факультета, написанную по тематике «Дизайн, архитектура, строительство» на предмет соответствия этого проекта требованиям безбарьерности пространства. Составьте свои комментарии и рекомендации студентам-архитекторам в стиле доброжелательности и приглашения к сотрудничеству.
8. Сделайте подборку газетных и журнальных статей, информирующих о достижениях реабилитационной индустрии для инвалидов (технические средства, медицинские технологии, информационные технологии и т.д.)
9. Составьте и красочно оформите информационный листок для социальной рекламы в транспорте, в рамках тематики «Смотри на инвалидов как на равных».
10. Придумайте перечень социально-экономических мер, стимулирующих средний и малый бизнес и строительные компании организовывать свою деятельность с учетом требований доступности.

11. Изучите и проанализируйте местное законодательство в отношении инвалидов. Сделайте подборку законодательных и нормативных документов региона, в котором Вы проживаете, регулирующих вопросы социальной защиты.

Литература

1. Антипьева Н.В. Социальная защита инвалидов в Российской Федерации: Правовое регулирование. М.: Юридическая литература, 2002.
2. Ахиезер А. С. Социальное пространство и человеческий фактор в свете теории урбанизации // Проблемные ситуации в развитии города. М.: Институт социологии, 1988.
3. Безлепкина Л.Ф. Город для инвалида // Социальная защита. 1995. № 1
4. Васин С.А., Голодец О.Ю., Бесфамильная С.В. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики. М.: РОССПЭН, 1999. 368с.
5. Возжаева Ф.С. Реализация комплексных программ для детей-инвалидов // Социологические исследования. 2002. №6.
6. Вульф Л. Что надо инвалиду? // Социальная защита. 1998. №6.
7. Глазычев В. Л. Социально-экологическая интерпретация городской среды. М.: Наука, 1984.
8. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для подготовки социальных работников. М.: Логос, 1996
9. Егоров А. И. Социально-трудовая реабилитация инвалидов и престарелых (правовой аспект). М. Юридическая литература, 1985
10. Жилая среда для инвалидов. М.: Стройиздат, 1990.
11. Жить как все: о правах и льготах для инвалидов: Юридический справочник / Ю.В. Варламова и др. Пермь, 1994. 212 с.
12. Казаков Ю.Н., Ярская-Смирнова Е.Р. Социальные условия преодоления ограниченных возможностей // Социокультурные измерения существования человека. Саратов: СГТУ, 2000.
13. Коган Л. Б. Лечение городом // Архитектура и строительство России. 1992. № 11.
14. Малева Т., Васин С. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем // «Pro et Contra». 2001. Т. 6. №3. С. 80-105.
15. Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: Учебное пособие для вузов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Книжный мир, 1999. 240 с.
16. Мачульская Е.Е. Социальное обеспечение во Франции // Социальная защита. 1998. №7. С.60-63.

17. Наберушкина Э.К. Политика в отношении инвалидов // Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России. М.: ИНИОН РАН, 2002.
18. Осадчих А.И. Исторические аспекты проблемы социальной защиты инвалидов в России и за рубежом // Социальное законодательство России и Великобритании. М., 2000.
19. Особенности различных видов инвалидности. М.: РООИ «Перспектива», 2000.
20. Романенкова Д.Ф. Анализ регионального банка данных. Молодые инвалиды и высшее образование. Челябинский государственный университет // www.fdvo.cgu.chel.su/d24.html
21. Сорокина О.А. Основные права детей – инвалидов. Саратов, 2002.
22. Социальная политика: парадигмы и приоритеты. М., 2000.
23. Федоров А.В. Социальная защита молодых инвалидов-горожан в условиях перехода к рынку. СПб: СПб ун-т, 1999.

Льготы и компенсации в системе социальной защиты инвалидов

В соответствии с законодательством о социальной защите инвалидов им предоставляется значительное количество прав, льгот и компенсаций. Все предоставляемые инвалидам в соответствии с законодательством права и льготы подразделяются на группы в зависимости от формы и периодичности предоставления, от причин инвалидности, категории, предоставляемых льгот.

По форме предоставления:

- имеющие “моральную” форму (преимущественное право или первоочередное право в чем-либо);
- имеющие денежную форму (бесплатное обеспечение лекарствами или бесплатное пользование поликлиниками);
- имеющие натуральную форму (бесплатное предоставление автотранспортных средств, мото- и вело-колясок, обеспечение топливом).

По периодичности предоставления:

- имеющие одноразовый характер или предоставляемые с большой периодичностью (бесплатная установка телефона, капитальный ремонт жилой площади, предоставление жилой площади);
- имеющие ежемесячный характер (компенсация части стоимости жилой площади, коммунальных услуг);

- имеющие годовую периодичность (бесплатный проезд раз в год или раз в два года в междугородном транспорте, санаторно-курортное лечение или его компенсация);
- имеющие постоянный характер (льготы по проезду в городском, общественном транспорте, бесплатное обслуживание, льготы при покупке лекарств).

Предоставляемые в зависимости от причины инвалидности:

- инвалиды войны и приравненные к ним категории;
- инвалиды по зрению;
- инвалиды в результате чернобыльской катастрофы;
- другие

По охвату определенного числа инвалидов:

- предоставляемые всем категориям инвалидам;
- предоставляемые отдельным категориям инвалидов.

По категориям льгот:

- по пенсионному обеспечению, налогообложению, выплате пособий;
- по получению, приобретению, строительству и содержанию жилых помещений;
- по коммунально-бытовым услугам и торговому обслуживанию;
- по медицинскому, протезно-ортопедическому обслуживанию, санаторно-курортному лечению, обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- по обеспечению транспортными средствами и оплате проезда;
- по трудоустройству, обучению, переподготовке и условиям труда;
- по пользованию услугами учреждений связи, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений;
- по получению услуг учреждений социального обслуживания, социальной и юридической помощи.

Льгота по получению средств технической реабилитации - автомобиля и мотоколяски – практически повсеместно не выполняется. По-прежнему серьезной остается проблема льготного обеспечения лекарственными средствами. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации "О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов" от 02.10.92г. № 1157 инвалиды I группы и неработающие инвалиды II группы имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами. Инвалиды III группы, признанные в установленном порядке безработными, имеют право на 50% скидку с оплаты лекарств. В среднем по России этой льготой пользуется около 60% от числа граждан,

имеющих на это право. Однако на практике данный вид льгот предоставляется не всем инвалидам, имеющим на нее право, или не в полном объеме. То же касается и льгот по оплате коммунальных платежей.

Аналогичная ситуация – с предоставлением и других видов льгот. Инвалиды всех категорий, в том числе дети-инвалиды, родители, опекуны (попечители) и социальные работники, осуществляющие уход за детьми-инвалидами, пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта городского и пригородного сообщения, кроме такси. Реалии таковы, что значительное количество инвалидов в настоящее время не получают необходимой для возвращения к нормальной трудовой, семейной и общественной жизни помощи, в которой они нуждаются. Безусловно, во многом это объясняется неблагоприятной экономической ситуацией, складывающейся в стране за последние годы. Сталкиваясь с растущими экономическими трудностями, государство ослабляет внимание к вопросам социальной защиты инвалидов.

В России права инвалидов на участие в жизни общества и защита их интересов закреплена федеральным законодательством и рядом подзаконных актов. Они направлены на предоставление им равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других конституционных прав и свобод. В Основном Законе государства права и свободы инвалидов отдельно не оговариваются, а предоставляются им наряду со всеми гражданами России, подчеркивая тем самым их равноправие.

Вместе с тем, правовое закрепление принципа равных прав инвалидов и неинвалидов, запрещение дискриминации человека по причине инвалидности в Российской Федерации отсутствует, что в реальной действительности затрудняет реализацию инвалидами ряда установленных для них законодательством прав. Например, большинство инвалидов из-за несозданных государством условий передвижения в общественном транспорте, въезда и выезда в жилые и учебные строения инвалидных колясок, отсутствия специальных программ обучения, необорудования учебных мест, несмотря на то, что право на образование гарантировано Конституцией Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об образовании», не могут обучаться на равных со здоровыми гражданами в учреждениях общего образования. По этим и многим другим причинам не могут быть в полной мере реализованы и иные права и возможности инвалидов.

Между официально провозглашаемой политикой в области социальной защиты инвалидов и её реализацией наблюдается разрыв и несогласованность. Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, оказались в числе беднейших слоев населения. У инвалидов войны, участников войны, признанных инвалидами от общего заболевания, размер государственной пенсии по I группе инвалидности с 01.02.03 составляет –

1661,17; по II группе – 1329,29; по III группе – 996,70. Молодые люди, ставшие инвалидами I группы на военной службе по призыву (например, юноши без рук или без ног, или без ног и рук) с 1 августа 2002 года получают пенсию всего 1567 руб. В условиях, когда среднедушевой денежный доход в большинстве субъектов федерации не достигает прожиточного минимума, а более трети всего населения страны находится за чертой бедности, трудно предъявлять претензии только к органам исполнительной власти республик, краев, областей и органам местного самоуправления. Необходимо находить ресурсы в работе с сообществом, объединять инициативы местных общественных организаций, развивать практики самопомощи, поддерживать активную жизненную позицию инвалидов и членов их семей, способствуя их самореализации в работе, творчестве, общественной деятельности. Многого можно сделать, активизируя стратегии самозанятости инвалидов. Социальная работа в этом случае выступает важным двигателем позитивных изменений.

Реализация инвалидами права на здоровье

Ключевые нормативные акты, обеспечивающие реализацию инвалидами прав на здоровье¹, это, во-первых, «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее сорок восьмой сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96))», в частности, правило №2 "Медицинское обслуживание"; во-вторых, «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан №5487-1 от 22 июля 1993 года», в частности, статья 27 «Права инвалидов».

Первый из упомянутых документов гласит:

Правило 2. Медицинское обслуживание

Государствам следует обеспечить эффективное медицинское обслуживание инвалидов.

1. Государствам следует принять меры для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов, осуществлением которых будут заниматься многодисциплинарные группы специалистов. Это позволит предупреждать и сокращать масштабы инвалидности или устранять ее последствия. Следует обеспечить всестороннее участие в таких программах инвалидов и членов их семей на индивидуальной основе, а также организаций инвалидов в процессе планирования и оценки деятельности.

¹ См. Реализация инвалидами права на здоровье. www.doctor.ru/onkos/krizis/health.htm

2. Следует организовать подготовку работников местных общин для участия в такой деятельности, как раннее обнаружение дефектов, оказание первой помощи и направление в соответствующие учреждения сферы социального обслуживания.
3. Государствам следует обеспечить предоставление инвалидам, особенно младенцам и детям, медицинского обслуживания на том же уровне в рамках той же системы, что и другим членам общества.
4. Государствам следует обеспечить надлежащую подготовку и оснащение врачей и другого медицинского персонала всем необходимым для медицинского обслуживания инвалидов и обеспечить им доступ к соответствующим методам и средствам лечения.
5. Государствам следует обеспечить, чтобы врачи и другой медицинский персонал получали надлежащую подготовку, с тем чтобы они не предлагали родителям неправильные рекомендации, ограничивающие тем самым выбор для их детей. Этот процесс подготовки должен идти постоянно и основываться на самой последней информации.
6. Государствам следует обеспечить, чтобы инвалиды имели доступ к любым видам постоянного лечения и получали лекарственные препараты, которые могут им потребоваться для поддержания или повышения уровня их жизнедеятельности.

В соответствии с основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан №5487-1 от 22 июля 1993 года, ст.27, инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку. Нетрудоспособные инвалиды имеют право на бесплатную медико-социальную помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, на уход на дому, а в случае неспособности удовлетворять основные жизненные потребности - на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения.

В результате позднего выявления и низкой эффективности лечения увеличивается число инвалидов больных туберкулезом в России. В 1995 году их насчитывалось в стране 65,5 тысяч, в 1996г. - 76,2 тыс., в 1999г. - 96,0 тыс. человек. Уровень первичной инвалидности в связи с туберкулезом вырос и составил в 1999г. 2,6 чел. на 10 тыс. чел., в то время как в 1992г. этот показатель был 1,4 чел. Наблюдается увеличение больных туберкулезом среди осужденных. Только в 2000г. их насчитывалось около 17 тыс., из которых 15 тыс. туберкулезных больных содержалось в изолированных помещениях исправительных учреждений, а около 2 тыс.

- среди здоровых осужденных. Причин этого много, но одной из них следует считать недостаточное медицинское обеспечение заключенных¹.

Постановлениями Правительства Российской Федерации утверждены целевые программы ранней диагностики инвалидизирующих заболеваний, а также методы их лечения и профилактики тяжелых осложнений (фенилкетонурии, сахарного диабета, туберкулеза и др.).

Порядок оказания инвалидам медико-социальной помощи и перечень льгот для них определяются законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации. Органы государственной власти автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга в пределах своей компетенции могут устанавливать для инвалидов дополнительные льготы.

Инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды боевых действий на территории других государств имеют право на:

- бесплатное пользование при выходе на пенсию поликлиниками, к которым они были прикреплены в период работы, внеочередное бесплатное оказание медицинской помощи (в том числе бесплатное диспансерное обследование) в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях (в т. ч. в госпиталях для ветеранов войн);

- бесплатное обеспечение лекарствами по рецептам врачей в пределах норм и в порядке, установленных Правительством РФ;

- бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгметаллов) в государственных, муниципальных лечебно-профилактических учреждениях, а также бесплатное обеспечение другими протезами и протезно-ортопедическими изделиями. Для членов семей погибших (умерших) инвалидов войны установлены следующие меры социальной защиты:

- инвалиды 1 группы и неработающие инвалиды 2 группы с 1 января 1993 г. имеют право на бесплатное обеспечение лекарствами по рецептам врачей, а при наличии соответствующих медицинских показаний - перевязочными материалами и отдельными изделиями медицинского назначения;

- инвалиды Великой Отечественной войны и приравненные к ним лицам, кроме того - отдельными лечебными средствами и предметами ухода;

- инвалиды 3 группы, признанные в установленном порядке безработными, имеют право на приобретение по рецептам врачей отдельных лекарств и изделий медицинского назначения с 50 % скидкой;

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

- граждане, впервые признанные инвалидами 1 группы и имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются не реже одного раза в течение первых трех лет после установления инвалидности бесплатной путевкой в санаторно-курортное учреждение и билетами на проезд к месту лечения и обратно с 50 % скидкой. Этим правом пользуются лица, признанные инвалидами 1 группы после вступления в силу настоящего Указа:

- инвалиды в возрасте от 3 до 15 лет включительно (дети-инвалиды) и сопровождающие их лица (один из родителей, опекун, попечитель) при направлении в санаторно-курортное учреждение обеспечиваются билетами на проезд к месту лечения и обратно с 50 % скидкой, а сопровождающее лицо - бесплатной путевкой;

- пособие по временной нетрудоспособности, кроме случаев туберкулеза, трудового увечья, профессионального заболевания, выдается до четырех месяцев или пяти месяцев в календарном году инвалидам, работающим на предприятиях, учреждениях, организациях, отчисляющих взносы в Фонд социального страхования РФ;

- дети - инвалиды и дети, один из родителей которых является инвалидом, обеспечиваются местами в детских дошкольных, лечебно - профилактических и оздоровительных учреждениях в первоочередном порядке¹.

Реабилитированные лица и лица, пострадавшие от политических репрессий имеют право на следующие льготы:

- внеочередное оказание медицинской помощи;

-внеочередное получение путевок для санаторно-курортного лечения и отдыха; путевки выдаются неработающим инвалидам и пенсионерам органами, назначившими пенсии, а работающим - по месту работы на основании заявления при предъявлении свидетельства о праве на льготы и медицинского заключения лечебного учреждения о необходимости санаторного лечения;

- бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгметаллов) в государственных и муниципальных учреждениях.

Льготное обеспечение указанных лиц протезно-ортопедическими изделиями осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ². Проживающим на территории Российской Федерации бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей, гетто, других мест принудительного проживания, созданных фашистами и их союзниками в период

¹ Указ Президента Российской Федерации от 02.10.92 г. №1157 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов»

² Постановление Правительства РФ от 3 мая 1994 г. № 419 «Об утверждении Положения о порядке предоставления льгот реабилитированным лицам и лицам, пострадавшим от политических репрессий»

второй мировой войны, признанными инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), льготы по материально-бытовому обеспечению, установленные для инвалидов Великой Отечественной войны соответствующих групп.

Указ Правительства Российской Федерации от 15 октября 1992 г., № 1236 «О предоставлении льгот бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны», приказ № 558 от 31.12.92 г. Главного медицинского управления г. Москвы «О льготах бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны».

Для ухода за детьми-инвалидами и инвалидами с детства до достижения ими возраста 18 лет одному из работающих родителей или лиц, их заменяющих, предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из названных лиц либо разделены ими между собой по своему усмотрению.

Государство предусматривает оказание инвалидам квалифицированной медицинской помощи бесплатно или на льготных условиях, а также бесплатное обеспечение лекарствами и изделиями медицинского назначения. Восстановительное лечение и реконструктивная хирургия должны осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования. Порядок оказания различных видов медицинской помощи инвалидам определен рядом нормативных актов Правительства Российской Федерации. В реальной жизни в качестве одной из серьезных проблем реализации этих положений является несоблюдение государственной гарантии бесплатного медицинского и льготного лекарственного обеспечения. Так, в нарушение статьи 13 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", Правительство Российской Федерации длительное время не определяет порядок финансирования предоставляемой инвалидам квалифицированной медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение. В силу этого многие лишены возможности получения бесплатной специализированной помощи в федеральных медицинских центрах, нарушаются их права на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение.

Большинство субъектов федерации, в нарушение Перечня жизненно необходимых лекарственных средств, утвержденного приказом Минздрава России от 26.01. 2000 г. № 30 и согласованного с Минфином и Минэкономки России, включающего около 400 позиций международных непатентованных названий препаратов, ограничивают назначение инвалидам лекарств на льготных условиях своими территориальными Перечнями лекарственных средств, не включающими наиболее важные позиции. Это происходит несмотря на то, что субъек-

ект федерации не вправе принимать перечень, не соответствующий федеральному.

Одним из этапов процесса медицинского обеспечения инвалидов является санаторно-курортное лечение. Санаторно-курортный комплекс нашей страны не имеет аналогов в мире. Разработанный отечественной курортологией дифференцированный подход к использованию природных лечебных факторов с учетом специфики их действий, позволил провести рациональную медицинскую специализацию санаториев на всей территории Российской Федерации. Этому способствовало необычайное богатство и разнообразие природных лечебных ресурсов и климатогеографических условий нашей страны. Однако некоторые всемирно признанные курорты, например Кавказские минеральные воды, формировавшиеся столетиями, в настоящее время испытывают серьезные трудности. Здравницы пустуют из-за событий в Чеченской Республике, высоких цен на пассажирский транспорт, лечение, питание, сокращения льготных (оплаченных предприятиями, профсоюзами и др.) путевок.

По данным Госкомстата России на 1 января 2000 г. сеть санаторно-курортных учреждений страны составила 546 санаториев для взрослых на 167,3 тыс. мест; 529 санаториев для детей на 59 тыс. мест; 1288 санаториев - профилакториев на 122,5 тыс. мест; 82 пансионата с лечением - на 26,9 тыс. мест; 25 санаторно - оздоровительных лагерей круглогодичного функционирования на 7,6 тыс. мест. Всего: 2470 учреждений на 383,3 тыс. мест. Из них санаторно-курортные учреждения Министерства здравоохранения Российской Федерации составляют 607 санаториев на 77,2 тыс. мест, включая 103 санатория для взрослых и 504 санатория для детей.

Несмотря на эти показатели, в целом ситуация в стране по обеспечению инвалидов и лиц, страдающих различными заболеваниями, санаторно-курортными путевками сложная. Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации на льготных условиях. В управлении социальной защиты населения по месту жительства инвалид, нуждающийся в лечении, на основании заявления и медицинской справки ставится в очередь на получение путевки. Первоочередным правом на получение санаторно-курортных путевок пользуются инвалиды Великой Отечественной войны и лица, приравненные к ним по льготам. Ожидание санаторно-курортной путевки инвалидами нередко растягивается на годы.

По информации Министерства труда и социального развития Российской Федерации потребность по заявкам субъектов федерации в расходах на санаторно-курортное лечение инвалидов и участников Великой Отечественной войны на 2000 год составила 2 млрд. 235,3 млн. руб., а фактическое финансирование - 293,1 млн. руб. В 2001 году потребность расходов на указанные цели составляет 2 млрд. 233,3 млн. руб., а фактическое финансирование - в сумме 995,8 млн. руб.

Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации
Права и возможности инвалидов в Российской Федерации
10 сентября 2001 года
<http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

Одной из основных организационных задач Минздрава России являлось и продолжает оставаться проведение структурной перестройки существующей системы здравоохранения с целью обеспечения профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения, охране здоровья матери и ребенка, распространению здорового образа жизни. Так, в основу федеральной программы "Дети-инвалиды" заложена проблема профилактики детской инвалидности. В результате реализации мероприятий программы 90% новорожденных охвачены обследованием на два наследственных заболевания - фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, приводящих в случаях несвоевременного и поздно начатого лечения к умственной отсталости ребенка (в 1997 г. выявлены 201 и 630 больных, в 1998 г. - 140 и 570 соответственно). За счет использования цитогенетических и пренатальных исследований предупреждено рождение 14200 детей с генетическими и врожденными заболеваниями. Ранняя диагностика слуха позволяет выявлять ежегодно 500 детей, страдающих врожденной глухотой и проводить их раннюю реабилитацию.

Различают *социально-медицинскую и медико-социальную помощь* инвалидам. Социально-медицинская помощь обеспечивает инвалидам уход в случае болезни и неспособности удовлетворить свои основные жизненные потребности. Медико-социальная помощь направлена на лечение, уход, поддержание активного образа жизни. В первом случае за оказание помощи отвечают учреждения социальной защиты, во втором – государственные и муниципальные органы здравоохранения.

Социально-медицинские и медико-социальные услуги оказываются как в стационарах, так и на дому. К стационарным учреждениям относятся больницы или отделения сестринского ухода, которые, как правило, создаются на базе участковых сельских больниц. Они пока находятся в ведении системы здравоохранения, хотя и обсуждаются возможности их передачи (хотя бы частично) в ведение органов социальной защиты. Собственно в системе социальной защиты работают дома-интернаты, геронтологические центры, психоневрологические и другие стационарные учреждения. С 1997 года при центрах социального обслуживания стали развиваться специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому. Эта работа активнее всего ведется в регионах, слабо охваченных деятельностью Красного Креста.

Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы), тяжелыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях. Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется специализированными отделениями, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Полустационарное социальное обслуживание включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни. Такое обслуживание предоставляется нуждающимся в нем инвалидам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющим медицинских противопоказаний к зачислению на социальное обслуживание. Решение о зачислении на полустационарное социальное обслуживание принимается руководителем учреждения социального обслуживания на основании личного письменного заявления гражданина пожилого возраста или инвалида и справки учреждения здравоохранения о состоянии его здоровья. Полустационарное социальное обслуживание осуществляется отделениями дневного (ночного) пребывания, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социально-бытовой помощи инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении. Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для инвалидов наиболее удобных и комфортных их возрасту и состоянию здоровья условий жизни, а также оказание им медицинской и иной помощи, направленной на достижение такого состояния, организацию их отдыха и досуга.

В качестве особого вида услуг для инвалидов в целях оказания им неотложной помощи разового характера проводится так называемое срочное социальное обслуживание. Срочное социальное обслуживание включает следующие социальные услуги из числа предусматриваемых федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг, в том числе организацию экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров.

Поскольку грань между медико-социальной помощью, возложенной на органы здравоохранения, и социально-медицинской помощью, за ко-

торую отвечают органы социальной защиты, довольно размыта, а действовать и те, и другие вынуждены в рамках крайне ограниченных бюджетов, то неудивительно, что оба ведомства нередко стремятся "перевести стрелки" друг на друга¹.

В области реализации инвалидами своего права на здоровье необходима координация межведомственного и межсекторного взаимодействия, причем первоочередная роль может принадлежать даже не официальным властным институтам, не министерским или региональным органам управления, а самым разным профессиональным и общественным объединениям², в частности, врачебным ассоциациям и организациям инвалидов. Они призваны добиваться необходимых обществу решений, твердо отстаивая свое мнение в институтах государственного устройства. Ведь в соответствии с международными конвенциями, нормами международного права, гражданским и профессиональным кодексами на врачей возложено не только лечение и организация профилактики болезней, но и обязанность побуждать власти к активным действиям.

Жилищная политика в отношении инвалидов

Жилищная политика в отношении инвалидов – важнейший момент, затрагивающий вопросы доступной среды жизнедеятельности. Жилищная политика государства вообще и тенденции развития жилищной сферы в частности неразрывно связаны с общими процессами социально-экономического развития страны, и в первую очередь с демократическими преобразованиями и становлением рыночных отношений. Новая Конституция Российской Федерации, принятая в 1993 году, провозгласила в числе основных прав и свобод человека и гражданина право на жилище. Право на жилище было и является одним из важнейших социально-экономических прав граждан России. Однако, в статье 40 Конституции Российской Федерации право на жилище определено по-новому по сравнению с тем, как оно было сформулировано в ранее действовавшей Конституции. Согласно указанной статье Конституции Российской Федерации, бесплатно или за доступную плату малоимущие и иные категории граждан, определенные законом, подлежат обеспечению жильем. К таким гражданам, в частности, относятся инвалиды войны,

¹ <http://www.owl.ru/win/womplus/1999/podderzh.htm>

² Шевченко Ю.Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право (Материалы доклада министра здравоохранения Российской Федерации на III (XIX) Всероссийском пироговском съезде врачей) // Экономика здравоохранения. № 11/12, 1999

лица, страдающие тяжелыми формами некоторых хронических заболеваний, многодетные семьи.

Положениям статьи 40 Конституции соответствует статья 9 Закона Российской Федерации «О приватизации жилищного фонда в Российской Федерации», предусматривающая для инвалидов Отечественной войны и приравненных к ним в установленном порядке лиц, инвалидов труда, а также инвалидов с детства, ветеранов войны, семей погибших при исполнении государственных обязанностей, семей с доходами ниже официально установленного прожиточного минимума, нуждающихся в улучшении жилищных условий, сохранение порядка предоставления жилых помещений в домах государственного и муниципального жилищного фонда на условиях договора социального найма¹.

Обеспечение инвалидов жилой площадью предусмотрено ст. 17 закона «О социальной защите инвалидов РФ». В дополнение к Закону было принято Постановление Правительства РФ "О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг" от 27 июля 1996 года N 901.

Основные положения:

- льготы по оплате жилья и коммунальных услуг предоставляются любому инвалиду и не зависят от группы и причин инвалидности;
- инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, могут состоять на учете для улучшения жилищных условий одновременно по месту работы и месту жительства;
- при предоставлении жилого помещения инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, учитываются рекомендации индивидуальной программы реабилитации (ИПР), состояние его здоровья, а также другие обстоятельства;
- дополнительная жилая площадь в виде отдельной комнаты предоставляется инвалидам в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным Правительством РФ;
- предоставление инвалиду жилого помещения в домах государственного или муниципального жилищного фонда осуществляется с учетом его права на дополнительную жилую площадь.

Дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом, в том числе в виде отдельной комнаты, не считается излишней и подлежит оплате в ординарном размере с учетом предоставляемых льгот. Для получения льгот по оплате электроэнергии инвалиды должны зарегистрироваться в "Электрических городских сетях", предъявив необходимые документы.

¹ Исследование тенденций развития жилищной сферы в связи с общими процессами социально-экономического развития страны и программой действий Правительства. www.zakonoproekt.ru/index.htm

Одним из самых болезненных вопросов защиты имущественных прав детей-инвалидов, в частности, оставшихся без попечения родителей, а также инвалидов в возрасте старше 18 лет, является защита их прав на жилье. К сожалению, неразвитость и непрозрачность рынка недвижимости, сравнительно высокая стоимость жилья в условиях неблагоприятной экономической ситуации в стране, существующий дуализм правового регулирования (право на пользование жилыми помещениями государственного и муниципального фондов и право собственности на объекты недвижимости) делают недвижимость весьма привлекательным объектом для всякого рода сомнительных операций. Особенно велик риск злоупотреблений относительно лиц, которые не в состоянии сами квалифицированно осуществлять защиту своих прав и вынуждены полагаться на соответствующие государственные органы или своих представителей (опекунов или попечителей).

Вопрос обеспечения инвалидов жильем в разных регионах России продолжает оставаться очень острым и медленно решаемым из-за недостаточного финансирования. Сложная экономическая обстановка, трудности, возникающие с бюджетным финансированием жилищного строительства, приводят к массовым нарушениям жилищных прав инвалидов практически во всех субъектах федерации. И хотя есть целый ряд положительных примеров, когда инвалиды получают жилье или улучшают свои жилищные условия при содействии администрации своего региона, все же в отдельных субъектах Российской Федерации принимаются акты, ущемляющие права инвалидов на жилищное обеспечение, установленные федеральным законодательством. При проверке по жалобам, поступившим в 2001г. к Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации от инвалидов-чернобыльцев и ликвидаторов аварии на Чернобыльской атомной электростанции 1986 г., проживающих в г.Москве, был установлен ряд фактов задержки выполнения программы «Жилье – ликвидаторам» Правительством Москвы¹. Не разрешается проблема обеспечения инвалидов жильем в субъектах федерации и с помощью института безвозмездных субсидий на строительство жилья. Уполномоченному по правам человека стали известны факты грубого нарушения прав инвалидов на одном из казанских предприятий, которых лишали квартир, полагавшимся им по закону. Во многих случаях вмешательство правозащитных организаций приводит к разрешению проблемы и утверждению прав инвалидов. Специалисты по социальной работе с инвалидами в каждой конкретной ситуации должны помогать людям с инвалидностью отстаивать их права на жилье, приспособленное к их особым потребностям.

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

Где должны обучаться инвалиды?

Одним из конституционных прав граждан, провозглашенным государством, является право на образование. Федеральными законами «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «Об образовании» за инвалидами закрепляется право на дошкольное и внешкольное воспитание, получение основного общего и среднего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования.

Для практической реализации инвалидами права на образование в настоящее время в России имеются образовательные учреждения различного уровня, обеспеченные специальными программами, вспомогательными техническими средствами, позволяющими осуществлять совместное обучение здоровых и инвалидов. Однако, обеспеченность обычных школ специальными вспомогательными средствами для беспрепятственного доступа инвалидов, восприятия и усвоения ими учебного материала, а также психологическая готовность учащихся и педагогов к совместному обучению еще недостаточна. Обучение инвалидов преимущественно проводится в специализированных образовательных учреждениях в условиях общения только с другими инвалидами, что впоследствии затрудняет их интеграцию в общество. По данным Министерства образования Российской Федерации только в дошкольных образовательных учреждениях общего и компенсирующего типа изолированно от здоровых детей находятся 360,5 тыс. детей-инвалидов и ещё 279,1 тыс. детей в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях. В 1439 школах-интернатах системы образования проживают и обучаются 203 тыс. детей с умственными и физическими недостатками (из них 22,9 тыс. детей - сирот), 29,7 тыс. детей воспитываются в 154 домах-интернатах системы социальной защиты населения (тяжелые умственные и физические дефекты) и 19,5 тыс. детей находятся в 249 домах системы здравоохранения.

Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 г. <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

В мировой практике признается тесная взаимосвязь между уровнем образования и степенью участия инвалидов в жизни общества. Лицам со специальными потребностями в области образования следует предоставлять доступ в обычные школы, в которых должны обеспечиваться условия для их обучения и удовлетворения их потребностей на основе педагогических принципов, ставящих во главу угла интересы ребенка.

Обучение детей-инвалидов в экономически развитых странах происходит, насколько это возможно, в обычных школах. Данная политика в

отношении детей-инвалидов рекомендована ЮНЕСКО. Такой подход имеет следующие преимущества:

- не разделяет детей-инвалидов и их сверстников;
- дает здоровым людям представление о том, какие проблемы могут иметь инвалиды, и воспитывает терпимость и уважение общества к инвалидам;
- помогает молодым инвалидам в успешной социализации в реальных условиях, не оторванных от действительности;
- затраты на такое обучение относительно невысоки по сравнению с образованием в специализированных школах.

В ряде стран мира, начиная примерно с 1970-х гг., ведутся разработка и внедрение пакета нормативных актов в отношении расширения образовательных возможностей инвалидов. Политиками, социологами, активистами общественных организаций сегодня обсуждается вопрос расширения доступа социально уязвимых групп к качественному среднему и высшему образованию. В США, например, действует Реабилитационный закон, который рассматривается как закон о гражданских правах для людей с ограниченными возможностями, а также как закон об образовании для всех детей, находящихся в неблагоприятных условиях развития, который отчасти касается улучшения качества услуг в этой области, а отчасти направлен на создание единой системы, обеспечивающей возможность пользования ими. Согласно этому закону, обучение осуществляется, если это возможно, на общих условиях, но дети с особыми нуждами могут при необходимости пользоваться составленными для них индивидуальными планами.

В недавней истории образовательной политики США и Европы получили свое развитие несколько подходов: десегрегация школ, расширение доступа к образованию (*widening participation*), интеграция, мейнстриминг (*mainstreaming*), инклюзия (от англ. *inclusion* – включение).

Мейнстриминг относится к такой стратегии, когда ученики с инвалидностью общаются со сверстниками на праздниках, в различных досуговых программах, а если они даже и включены в классы массовой школы, то прежде всего для того, чтобы они повысили свои возможности социальных контактов, но не для достижения образовательных целей.

Например, дети, больные детским церебральным параличом, в России, как правило, обучаются и живут в специальных интернатах для детей-инвалидов, где, несмотря на заботу врачей и педагогов, они страдают от изолированности от внешнего мира. Но самое главное, постоянное пребывание в среде детей со специфическими стереотипами движения способствует закреплению неправильных двигательных автоматизмов из-за бессознательного стремления подражать. Родители замечали, что когда их ребенок возвращался после каникул или проведенного

лечения в интернат, он в первый же день лишался приобретенных улучшений в моторике. Позы становились более утрированными, ребенок явно приобретал двигательные навыки привычной среды, а возможно, и лидера группы.

Вот почему важно, чтобы ребенок по возможности больше времени проводил в компании детей, не имеющих подобных нарушений развития. Такое смешанное, интегрированное общение полезно и здоровым детям, так как оно приучает их быть чуткими, терпимыми, заботливыми. Немалую роль в процессе общения или обучения детей играет взрослый, который помогает детям в понимании друг друга и задач совместной деятельности. Конечно, если бы ребенок обучался в обычной школе, у него было бы больше возможностей для общения и развития, однако при этом школу следовало бы адаптировать под специальные потребности этого ребенка.

Интеграция означает приведение в соответствие потребностей детей с психическими и физическими нарушениями с системой образования, остающейся в целом неизменной: дети-инвалиды в массовой школе, не приспособленной для них, причем ученики с инвалидностью посещают массовую школу, но не обязательно учатся в тех же классах, что и все остальные дети.

Инклюзия – это наиболее современный термин, который толкуется следующим образом: это реформирование школ и перепланировка учебных помещений так, чтобы они отвечали нуждам и потребностям всех без исключения детей.

Сегрегация	Интеграция	Инклюзия
Дети со специальными образовательными потребностями размещаются в отдельных детских садах, школах или домах-интернатах	Дети со специальными образовательными нуждами размещаются в обычных учреждениях с некоторой адаптацией и ресурсами, но при условии, что ребенок может вписаться в существующие структуры, установки и неизменяемое окружение	Дети со специальными образовательными потребностями размещаются в обычных учреждениях, где считается важным снять все барьеры на пути к полному участию каждого ребенка как ценного, уникального индивида
Вынуждает инвалидов вести изолированную жизнь	Необходимое условие инклюзии, но не решение проблемы	Это то, к чему следует стремиться!

Изучив опыт многих школ-интернатов и их воспитанников, западные исследователи установили, что как бы ни старались воспитатели и педагоги «одомашнить» пространство школы-интерната, оно все равно

остается «казенным», не заменяя собой дом и семью, но и не предоставляя учащимся широких возможностей социальной адаптации к послешкольной независимой жизни. Таким образом, сам характер школы является проблемой для учащихся с инвалидностью. В условиях специального образования мы сталкиваемся с дилеммой помощи учащимся в адаптации к школе, выживания в школе, хотя при этом должны постоянно помогать им в развитии навыков самоуправления и принятия решений, которые им будут нужны во взрослой жизни в обществе.

Каскад сервисов – это понятие появилось в США в 1980-е годы и означает модель услуг для удовлетворения потребностей отдельных учащихся на принципах индивидуального подхода и включает спектр разнообразных сервисов: от обучения при больнице и домашнего обучения до спецшкол, спецклассов и, наконец, обычных классов массовой школы: транспорт, логопедия, аудиология, психологические услуги, физиотерапия, рекреация, оккупационная терапия, ранняя идентификация, медицинские услуги, школьный врач или медсестра, школьный социальный работник, психолог, услуги социальной работы для детей и семьи, консультирование и подготовка родителей.

История образования инвалидов за рубежом – это постепенный прогресс по включению учащихся с инвалидностью в систему массовой школы – в отношении расположения школ, принципов отбора. Улучшение обучения в условиях массовой школы приводит к уменьшению числа детей, направляемых в спецклассы и спецшколы. Во многом программы, предоставляемые для учащихся с разными видами инвалидности, не отличаются от тех, по которым учатся так называемые дети группы риска. Кроме того, сегодня в американском обществе фиксируется стабильный рост интереса к реструктуризации школ таким образом, чтобы они могли включать всех учащихся.

Таким образом, речь идет об *инклюзии*, или включении – это понятие, касающееся принципа организации обучения, при котором все учащиеся учатся совместно со своими сверстниками в школе по месту жительства.

<p>Принцип инклюзии (включения) означает, что: 1) все дети должны быть включены в образовательную и социальную жизнь в школы по месту жительства, 2) включение кого-либо с самого начала, а не интеграция, которая означает возвращение кого-либо назад, 3) задача инклюзивной школы – построить систему, которая удовлетворяет потребности каждого, 4) в инклюзивных школах все дети, а не только дети с инвалидностью, обеспечиваются такой поддержкой, которая позволяет им быть успешными, ощущать безопасность и уместность.</p>

Принцип инклюзивного образования состоит в том, что разнообразию потребностей учащихся с инвалидностью должен соответствовать континуум сервисов, в том числе такая образовательная среда, которая является наименее ограничивающей и наиболее включающей. Это понятие обозначает следующий шаг по сравнению с интеграцией и мэйнстримингом. Инклюзивные школы обучают всех детей в классах и школах по месту жительства. Такие школы школы нацелены на принципиально иные образовательные достижения, чем те, что чаще всего признаются образованием.

Цель такой школы – дать всем учащимся возможность наиболее полноценной социальной жизни, наиболее активного участия в коллективе, местном сообществе, тем самым обеспечить наиболее полное взаимодействие и заботу друг о друге как членах сообщества

Педагоги, работающие в школах на принципах инклюзии, принимают на себя следующую ответственность: обучать всех учеников, которые к ним приписаны; принимать гибкие решения в вопросах преподавания и осуществлять их мониторинг; обеспечивать обучение в соответствии с типичной учебной программой, адаптируя детали в том случае, когда прогресс, достигаемый детьми, отличается от ожидаемого; уметь преподавать для разнообразной аудитории; искать, использовать и координировать поддержку для учащихся, кто требует более интенсивных услуг, чем те, что предоставляются их сверстникам. Исследователи говорят об «опыте трансформации», который переживается педагогами, ставшими инклюзивными учителями. Это постепенные трансформации, в которые вовлекаются учителя, желающие: 1) взаимодействовать с учениками, отличающимися от своих сверстников, 2) освоить навыки, необходимые для обучения всех школьников, 3) изменить свои установки в отношении учеников, отличающихся от своих сверстников.

Те учителя, которые уже имеют опыт работы на принципах инклюзивного образования, разработали следующие способы включения: 1) принимать учеников с инвалидностью «как любых других ребят в классе», 2) включать их в те же активности, хотя ставить разные задачи, 3) вовлекать учеников в кооперативное научение и групповое решение задачи, 4) использовать активные и партисипаторные стратегии – манипуляции, игры, проекты, лаборатории, полевые исследования.

Принципы развития и управления школьным классом в русле инклюзивного обучения: учителя признают, что учащиеся делают существенный вклад в учебный процесс; научение происходит только тогда, когда ученики ощущают потребность в изменении или знании о чем-либо; научение является целостным процессом, а не набором отдельных фрагментов информации или навыков; учителя признают власть соци-

ального контекста классной комнаты над научением; учителя развивают личностное понимание научения и развития; учителя причастны к тому, что происходит в их классах, и не могут оставаться к этому равнодушными.

Проблемы и перспективы образовательной интеграции детей-инвалидов в России

Число детей в России, официально получающих пособия по инвалидности, резко возросло: с 155 тыс. в 1990 г. до 454 тыс. в 1995 г. (1,3% от общего числа детей). Возможно, что часть детей с умственными или физическими недостатками не учтены в статистике и вообще не имеют доступа к образованию. Препятствиями к интеграции выступают спад в экономике и нехватка финансовых средств; инертность государственных учреждений, заинтересованность администрации этих учреждений в сохранении сложившегося положения; унаследованный от прежних времен медикалистский подход к классификации особых потребностей, общая и профессиональная интолерантность.

Сегодня существуют различные формы содействия в получении высшего образования для различных социально ущемленных групп населения: законодательное регулирование условий получения высшего образования, финансовая поддержка, информационное обеспечение, социальная реабилитация, позитивная дискриминация. Все эти формы находятся на разной ступени своего развития и обладают различной степенью эффективности.

Система образования для детей с особыми потребностями, или специального образования, находится на стыке межведомственных интересов. Проблемами детей и подростков-инвалидов занимаются три государственные организации: Министерство здравоохранения РФ, Министерство труда и социального развития РФ и Министерство образования РФ, в чьем ведении и находится система специального образования. Такое пограничное положение вместо того, чтобы обеспечивать тройную заботу, нередко выносит образование детей-инвалидов за рамки внимания соответствующих ведомств и подальше от любопытных взглядов общественности. При этом практически не предпринимаются попытки проведения целостного научного анализа этой проблемы. Она не попадает ни в сферу интересов отечественных исследователей в области социологии образования, ни в предметное поле работ по изучению социальной политики, а исследования медиков и дефектологов, за исключением некоторых современных проектов, касаются узкоспециальных тем.

Между тем, согласно статистическим данным, 1,7 млн детей в Российской Федерации (4,5 % всего детского населения) относятся к категории детей с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в создании специальных условий для получения образования. Более 500 тыс.

детей и подростков обучается в системе специального образования, около 34 тыс. на дому или в школах индивидуального (надомного) образования. Многие дети со специальными потребностями посещают обычные общеобразовательные школы, но статистики по этой категории, к сожалению, нет.

Социокультурные, политические и экономические трансформации, изменение законодательной базы, произошедшие в России в последние годы, наметили новые гуманистические тенденции в социальной политике в отношении инвалидов. Эти тенденции, ориентированные на интеграцию, способствовали появлению новых моделей социальной поддержки, основанных не на компенсации дефекта за счет предоставления льгот и материальных пособий, а на создании условий для независимой и полноценной жизни людей с особыми потребностями. Одним из таких условий как раз и является доступ к образованию и расширение альтернатив в выборе образовательных и профессиональных стратегий.

Система специальных интернатов на сегодняшний день не является единственно возможным способом для ребенка-инвалида получить среднее образование. Альтернативой интернатной системы являются различные модели интегрированного образования, основы которых уже представлены в российском законодательстве. В настоящее время в России разработан проект Закона "О специальном образовании" для людей с ограниченными возможностями. Если проект будет принят, права родителей значительно расширятся: они смогут принимать участие в разработке и реализации учебных программ, присутствовать при освидетельствовании ребенка в психолого-медико-педагогической консультации и обжаловать ее решение в установленном порядке.

При этом назначается независимая экспертиза и родители ребенка с ограниченными возможностями имеют право выбора (отвода) экспертов и экспертных учреждений. В проекте Закона появляется понятие "интегрированное обучение", которое включает различные формы: обучение в обычном классе с получением индивидуальной помощи, обучение в обычном классе с получением помощи в коррекционном кабинете, а также обучение в специальном классе обычной школы. Все эти формы интегрированного обучения должны осуществляться на основе индивидуального подхода к ребенку, учета его возможностей.

Закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)»

Статья 5. Государственная политика в области специального образования
1. Государство обеспечивает лицам с ограниченными возможностями здоровья условия для получения бесплатного образования в соответствии с их

способностями и возможностями, в том числе *способствует развитию интегрированного обучения.*

Статья 10. Формы получения специального образования

Лица с ограниченными возможностями здоровья могут получать специальное образование в специальных образовательных учреждениях, специальных образовательных подразделениях, *образовательных учреждениях интегрированного обучения*, образовательных учреждениях общего назначения в формах, предусмотренных Законом Российской Федерации «Об образовании».

Система образования в современной России переживает глубокие изменения, различные учебные заведения трансформируются в результате правительственных реформ и под влиянием рыночной экономики. При этом на повестку дня выходят ценности социального включения, интеграции, хотя общественное мнение по этому вопросу далеко не однородно. Специальное образование, охватывающее учащихся с особыми потребностями, инвалидов, испытывает серьезные потрясения ввиду сокращения финансирования и структурных преобразований. Социальная роль таких учреждений, как школы-интернаты для детей с нарушениями развития, подвергается переоценке. До сих пор детей с отклонениями в развитии (как их принято было называть) обучали в специализированных детских садах и школах педагоги-дефектологи, что и приводило к образовательной сегрегации, к ограничению социального опыта и шансов жизненного выбора инвалидов.

Переход к инклюзивному образованию уже предопределен тем, что Россия ратифицировала Конвенции ООН в области прав детей, прав инвалидов: Декларация прав ребенка, 1959; Декларация о правах умственно отсталых, 1971; Декларация о правах инвалидов, 1975; Конвенция о правах ребенка, 1975. Кроме того, был подготовлен базовый правовой документ для реализации программы интегрированного обучения в стране – Закон РФ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья».

В Докладе Государственного Совета РФ «Образовательная политика России на современном этапе» (2001) говорится, что «Дети, имеющие проблемы со здоровьем (инвалиды), должны обеспечиваться государством медико-психологическим сопровождением и специальными условиями для обучения преимущественно в общеобразовательной школе по месту жительства и только в исключительных случаях - в специальных школах-интернатах».

Противоречивость специального образования состоит в том, что оно, с одной стороны, позволяет идти на встречу особым потребностям учащихся в медицинских и педагогических услугах, а с другой - препят-

ствуется социальной интеграции детей с особыми проблемами, способствует их социальному исключению, сегрегации и ограничению жизненных шансов. Вместе с тем до сих пор большинство школ, колледжей и вузов не готовы к встрече с абитуриентами-инвалидами: нет оборудования, нет и специальных программ, рассчитанных на такое обучение. Вместе с тем равные возможности образования совсем не исключают, а наоборот, предполагают создание специальной образовательной среды для инвалидов (персональный наставник-помощник, специальные лифты и транспортеры во всех учебных учреждениях, специализированные клавиатуры для людей с нарушениями зрения или ограниченными возможностями физического здоровья).

«Обучение без мучения – инвалиды стремятся к независимой жизни» (Анна Грачева, "МК" 19.11.2002)

Вот уже пять лет региональная общественная организация "Перспектива" при финансовой поддержке Правозащитного фонда британского МИДа занимается проблемами людей с ограниченными физическими возможностями. В этом году был разработан проект обучения инвалидов в обычных школах и институтах.

По статистике, в России - 550 тысяч инвалидов в возрасте от 7 до 18 лет. Только за последние десять лет число детей в возрасте до 16 лет, получающих социальные пенсии по состоянию здоровья, возросло более чем в три раза. Из них 22% посещают обычные школы, 11% - специализированные интернаты, а остальные вообще нигде не учатся.

- Все начинается со школьной скамьи, - рассказывает Мария Перфильева, менеджер проектов "Перспективы". - С моими детьми в первом классе училась девочка с ограниченными физическими возможностями. Отношения с одноклассниками сложились великолепные. Ребята во всем старались ей помочь. И тем обиднее, что в этой школе она проучилась только год. Родители просто физически не смогли таскать ее в коляске по лестнице на второй этаж. В итоге ребенка перевели на домашнее обучение. Попросту ее заперли в четырех стенах!

В таких ситуациях могут отчаяться не только школьники, лишенные элементарного общения со сверстниками, но и их родители. У некоторых взрослых опускаются руки - они вообще перестают учить своего ребенка. Ничего удивительного: нам, со стороны, трудно даже представить, скольких усилий стоит получить образование людям с ограниченными физическими возможностями! И дело не в том, что предметы сложны, а серьезная учеба предполагает большие эмоциональные и физические нагрузки (инвалиды часто "грызут гранит науки" успешнее других), а в, казалось бы, элементарных и обыденных вещах.

Часто человек с ограниченными физическими возможностями просто не может добраться до вуза. В Москве 163 станции метро, и только две из них (!) оснащены подъемниками. Которые, кстати, не работают, потому что обслужи-

вающий персонал не знает, как их включать... Но даже если колясочник и спустится под землю, то самостоятельно выйти на нужной станции не сможет. Подъемника-то нет! Решить эту проблему не так уж и сложно. В Вашингтоне тоже старое метро, но там нашли выход: рядом со входом в подземку построили специальные лифтовые шахты. На этих лифтах спускаются не только инвалиды, но и родители с колясками, и старики, и больные, которым трудно идти по лестнице.

Еще сложнее колясочнику добраться до нужной аудитории. На его пути опять сплошные лестницы: нет пандусов, низких перил, внутри здания отсутствуют лифты... Что делать? Переходить на дистанционное обучение – а значит, опять закрываться в четырех стенах; в институт же за заданием раз в неделю приезжают родители. Поэтому, скажем, в Тверском государственном университете учатся всего 10 инвалидов, причем большая часть из них - по зрению, а в МГУ - 59. Цифры просто смешные! Исключение, пожалуй, только одно: Челябинский государственный университет, где по инициативе ректора создано специальное отделение по работе с инвалидами.

- На Западе в любом университете есть специальное бюро. Студент с ограниченными физическими возможностями приходит туда и говорит: "Чтобы я учился, мне нужно вот там сделать помостик, здесь полочку опустить и вот так свет направить". И все! Это решается за пару дней студентами и добровольцами, - делится впечатлениями Мария Перфильева. - А у нас даже номер кабинета не могут прибить ниже, чтобы колясочник при плохом освещении смог его разглядеть!..

Но и получение диплома еще не означает, что все проблемы решены. Устраиваясь на работу, инвалид натывается на глухую стену. И будь он хоть семи пядей во лбу - ему все равно откажут. Разве будет какая-то фирма доставлять такого сотрудника до места службы, обустроить его рабочее место? Похоже, об этом у нас вообще не хотят думать.

Для решения этой задачи и разработали проект "Образование - право для всех". Его участники попытаются донести до властей проблемы инвалидов и добиться их решения. Вот так, преодолевая на своих колясках барьеры, люди стремятся к независимой жизни.

Сегодня процессы интеграции в образовании детей-инвалидов имеют место, но проявляются не в создании интегрированных школ, имеющих соответствующих специалистов, специальные условия обучения, программы и необходимое финансирование, а в выборе родителей в пользу обычной общеобразовательной школы, где речь идет о детях, не имеющих умственных отклонений.

В системе социальной защиты Российской Федерации есть свои специализированные учреждения, которые дают среднее профобразование. Это 30 профессиональных училищ и 10 техникумов. По соглашению с Германией открыты два центра в г.Санкт-Петербурге и г.Новокузнецке, где обучение идет на более высоком качественном уровне. Если ранее профессиональные учебные заведения для инвалидов готовили, в основном, портных, обувщиков, часовщиков и др., то

сейчас в соответствии со спросом рынка труда в них могут готовиться конкурентоспособные специалисты по таким профессиям, как менеджеры, юристы, программисты, дизайнеры.

Школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей № 30 г. Москвы известна во всей России среди ей подобных. Она основана в 1940 году и первой в стране стала давать глухим образование, необходимое для поступления в высшие и средние специальные учебные заведения. Среди окончивших эту школу свыше 100 медалистов, её выпускники давно составляют значительную часть студентов ряда вузов столицы. Благодаря заботе и помощи Правительства Москвы эта школа-интернат отметила новоселье, переехав в четырехэтажный корпус, значительно улучшила качество обучения, проживания, медицинского контроля, физкультурно-спортивной работы. К услугам детей, педагогического коллектива медицинский блок, реабилитационные кабинеты, компьютерные, аудио- и видеоклассы, актовый и спортивные залы, плавательный бассейн. Корпус оснащен по уровню современных стандартов, на закупку аппаратуры в 2001 году город выделил 1,5 млн. рублей.

Однако, наряду с положительными моментами реформирования системы профессионального образования инвалидов, необходимо отметить, что не обеспечивается необходимый объем финансирования входящих в нее учреждений, не сформирована система трудоустройства и социально-бытовой адаптации инвалидов с детства по окончании ими коррекционных образовательных учреждений.

Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 г. <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

Переход к интегрированному образованию может способствовать преодолению изоляции нетипичных детей, разрушению стереотипов в отношении инвалидности, расширить возможности их образовательного и профессионального выбора. При этом речь не идет о замене старой системы на новую, а о появлении реальных альтернатив, дифференциации образовательных учреждений для детей со специальными потребностями. Было бы неоправданным отказаться от положительного опыта, накопленного системой специального образования, необходимо содействовать его открытости, гуманизации, отказу от медикалистского подхода и взаимодействию структур массового и специального образования. На данном этапе следует параллельно развивать новые подходы к образованию детей-инвалидов, и параллельно преобразовывать сложившуюся систему, обеспечивать движение двух моделей на встречу друг другу.

Инклюзивное образование в процессе своего внедрения может столкнуться не только с трудностями организации так называемой безбарьерной среды (пандусов, одноэтажного дизайна школы, введением в

штаты сурдопереводчиков, переоборудования мест общего пользования), но и с трудностями социального свойства, заключающимися в распространенных стереотипах и предрассудках, в том числе в готовности или отказе учителей, школьников и их родителей принять интеграцию.

**Школы для всех? - дети-инвалиды по-прежнему учатся в резервациях.
(Людмила Дикуль, "МК" 19.11.2002)**

Ни в одном регионе России не строят так много школ, как в Москве. К этому первому сентября открыли тринадцать новых, пять из них - с пандусами. Правда, как тут же выяснилось, забраться по пандусу, имеющему уклон под 30 градусов, может разве что скалолаз, да и двери узкие - на коляске не протиснешься. Зато в общеобразовательной школе 228 на Новослободской пандус правильный, и даже лифты есть! Эта информация вселила надежду, что хоть в одной столичной школе дети-инвалиды смогут учиться вместе со своими сверстниками. Как это давным-давно заведено во всем мире. Но...

В Москве живет свыше 30 тысяч инвалидов, не достигших совершеннолетия. Обычно такие дети учатся или в спецшколе-интернате, или на дому, или в специальных стационарных учебных заведениях. Но это все-таки своеобразная резервация. Дети общаются только с подобными себе и, выйдя из стен интерната, оказываются совершенно не приспособлены к самостоятельной взрослой жизни. Хотя ребенку-колясочнику нужно не так уж много - возможность беспрепятственно попасть в здание школы и перебираться с этажа на этаж.

Роскошное с точки зрения дизайна здание школы 228 поражает воображение. И оборудована она по последнему писку образовательной моды: тут тебе и компьютеры, и цифровые видеокамеры, и много еще всяких наворотов в учебных кабинетах. Вот только воспользоваться благами цивилизации дети на колясках смогут лишь время от времени: например, посещая школу для консультации у педагога или по большим праздникам. И дело вовсе не в том, что по инструкции пользоваться лифтом без взрослого сопровождающего ребенка запрещено. А в том, что в лифт помещается только одна коляска (а если инвалидов двое?), да и отдельный туалет с поручнями не предусмотрен, и проходы между столами на коляску никак не рассчитаны.

- Окажись сегодня ребенок на коляске в школе, ему будет тяжело, - убежден директор школы Константин Юрьевич Бодров. - Если завтра нам сделают чуть-чуть больше, чем просто пандус и лифт, я буду рад принять всех. А пока мне пришлось отказать одной маме, которая услышала по телевизору, что у нас школа для инвалидов, и пришла с документами... Строили-то обычную общеобразовательную школу!

Выходит, все разговоры о том, что Москва по интеграции в общество инвалидов приближается к уровню цивилизованных городов мира, - сплошное вранье. Как сидели инвалиды по своим резервациям, так и сидите. А все эти пандусы-шмандусы - только пыль в глаза.

Между прочим, сами школьники куда прогрессивнее.

- У нас в третьем классе учился мальчик на костылях, который поломался, катаясь зимой с горы. Мы его не толкнули ни разу! И новичку, если бы он был на коляске, помогали б! – тараторят пацаны.

Учителя разных классов, с которыми удалось побеседовать, тоже особой психологической проблемы в совместном обучении не видят:

- Дети есть дети, пусть учатся вместе - это пойдет на пользу и инвалидам, и здоровым. После окончания школы понимать в жизни будут побольше.

- Мы нормально относимся к идее совместного обучения, это дело хорошее, - говорили корреспонденту мамы учеников самых разных классов.

- Если бы за моим столом появился одноклассник на коляске, поначалу мне было бы немного не по себе, - призналась Светлана из 10 "В". - Потому что мы оба стали бы стесняться. Но через какое-то время, когда узнали бы друг друга получше, мы бы стали на равных.

Как ни странно, взрослые никак не могут понять то, что уже поняли дети: учиться жить вместе надо со школы.

Помогать социальной интеграции ребенка-инвалида в учебном заведении призван социальный педагог, который является специалистом по социальной работе в школе.

Должностные обязанности социального педагога в соответствии с тарифно-квалификационной характеристикой (7-14-й разряды):

осуществляет комплекс мероприятий по воспитанию, образованию, развитию и социальной защите личности в учреждениях и по месту жительства обучающихся (воспитанников, детей);

изучает психолого-медико-педагогические особенности личности обучающихся (воспитанников, детей) и ее микросреды, условия жизни;

выявляет интересы и потребности, трудности и проблемы, конфликтные ситуации, отклонения в поведении обучающихся (воспитанников, детей) и своевременно оказывает им социальную помощь и поддержку; выступает посредником между личностью обучающихся (воспитанников, детей) и учреждением, семьей, средой, специалистами различных социальных служб, ведомств и административных органов;

определяет задачи ... принимает меры по социальной защите и социальной помощи, реализации прав и свобод личности обучающихся (воспитанников, детей);

организует различные виды социально ценной деятельности обучающихся (воспитанников, детей) и взрослых, мероприятия, направленные на развитие социальных инициатив, реализацию социальных проектов и программ, участвует в их разработке и утверждении;

способствует установлению гуманных, нравственно здоровых отношений в социальной среде;

содействует созданию обстановки психологического комфорта и безопасности личности... заботится об охране их жизни и здоровья;

осуществляет работу по трудоустройству, патронажу, обеспечению жильем, пособиями, пенсиями обучающихся (воспитанников, детей) из числа сирот и оставшихся без попечения родителей;

взаимодействует с учителями, родителями (лицами, их заменяющими), специалистами социальных служб, семейных и молодежных служб занятости, с благотворительными организациями и другими в оказании помощи детям, нуждающимся в опеке и попечительстве, с ограниченными физическими возможностями, девиантным поведением, а также попавшим в экстремальные ситуации¹.

Социальный педагог работает в системе школьного образования и воспитания, и основной задачей этой современной специальности видят совмещение воспитательной работы с решением острых жизненных проблем юных граждан, испытывающих на себе драматизм сложных семейных и социальных коллизий. Отмечается особая нравственная позиция социального педагога, направленность практических действий которого – смягчать трудности нелегкой жизни, помогать словом и делом². Работа с детьми – одновременно работа с их родителями, поэтому социальные педагоги беседуют с родителями, стремятся в отдельных случаях воздействовать на них или же получить поддержку в добрых усилиях, предпринимаемых детьми по отношению друг к другу.

В задачи социальных работников в школе входит развитие следующих навыков и личностных качеств учащихся: 1) социальная компетентность, в том числе гибкость, эмпатия и заботливость, позитивная коммуникация, креативность, 2) навыки решения проблем, в том числе способность вырабатывать альтернативные решения, умение планировать деятельность, 3) независимость, в том числе позитивное ощущение власти, самоуважение, эффективность деятельности, самоконтроль, адаптивное дистанцирование, 4) навыки целеполагания, в том числе «нормальные», или «здоровые» ожидания, установки, умение до определенной степени контролировать окружение, целеустремленность. В этом случае к решению таких проблем, как социальное расслоение, насилие, наркомания, можно будет подходить не с позиций нравственности и наставлений, а в критической перспективе.

Социальная педагогика, или социальная работа в образовательном учреждении, представляет собой важный агент социальных изменений, поскольку может способствовать развитию гражданской позиции учащихся, облегчить процессы интеграции детей-инвалидов в среду обычной школы.

¹ Социальная педагогика // Словарь-справочник по социальной работе. М.: Юрист, 1997. С.323

² Выгорбина А.Е. Специфика воспитательной работы социального педагога // Педагогика. 2000. №5. С.36.

Социальный работник способствует тому, чтобы отдельные организации, специалисты, родители признавали права взрослого и ребенка с ограниченными возможностями на полноценную жизнь, на равноправие. Признание равноправия означает, что права людей с ограниченными возможностями должен защищать закон, антидискриминационное законодательство. Но проблема состоит и в том, что взрослые или дети зачастую не знают о своих правах. Общество навязывает им роли "ущербных", "больных", "неспособных", поэтому одной из важнейших задач родителей и специалистов, работающих с ребенком-инвалидом, является ознакомление детей с их правами. Естественно, что оно должно проводиться в доступной форме, носить активный, демонстрационный характер. Желательно, чтобы ребенок получил наглядное представление о соблюдении его прав окружающими людьми.

В качестве примера предлагаем вам фрагмент из Всеобщей декларации прав человека для детей и взрослых в пересказе Андрея Усачева.

...Именно потому, объяснял Маленький Человек, она и называется ВСЕОБЩЕЙ, что она написана ДЛЯ ВСЕХ.

- А почему вы уверены, - спросили его однажды, что все права, указанные в вашей Декларации, разумны?

- Потому что я - садовник, - ответил Маленький Человек, - я знаю, что в природе все устроено мудро. Взгляните на любую клумбу, и вы увидите, как рядом мирно растут цветы - белые, и желтые, и красные. И всем им одинаково светит солнце, и одинаково поливает их дождь. А люди часто думают, что одни из них выше и чем-то лучше других. Одни рисуют пятиконечные звезды, и им не нравятся те, кто изображает шестиконечные. А третьим не нравятся те, кто рисует пятиконечные. Но если бы люди повнимательнее присматривались к цветам, они бы увидели, что есть цветы и с пятью, и с шестью и даже с двенадцатью лепестками. Все они очень разные. Как и люди... Ведь и те, и другие - создания Природы. Или Бога.

- А в какого Бога вы верите? - спросили Маленького Человека.- В Христа, Аллаха или Будду?

- Я верю, ответил Маленький Человек, что Бог, создавший столько разных цветов, деревьев и людей, был хорошим Садовником.

Высшее образование для инвалидов

Процветание каждого государства и человечества в целом в значительной мере определяется степенью развития и использования интеллектуальных способностей всех граждан, включая людей с ограниченными возможностями. В каждой демократической стране мира обеспечение доступа инвалидов к получению полноценного высшего образования признано сегодня одной из приоритетных задач общества и государства. Данный приоритет согласуется со «Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов», принятыми 48-й сессией

Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 20 декабря 1993 г. Речь идет о необходимости комплексного подхода к реализации прав инвалидов на социальную интеграцию, важности выработки общих требований интеграции в системе образования на разных уровнях (общее, профессионально-техническое, среднее специальное, дополнительная подготовка, повышение квалификации; создание условий обучения, безбарьерная среда в вузе и городе в целом, коррекционная и реабилитационная составляющие учебного процесса, толерантность и партнерство в вузовской среде); возможности реализации потенциала инвалидов как в сфере образования так и на рынке труда и досуга.

Ситуация, существующая в настоящее время в сфере высшего образования инвалидов на территории постсоветского пространства, является в целом неудовлетворительной. Несмотря на существующее федеральное законодательство, гарантирующие льготы для абитуриентов с инвалидностью, целый ряд факторов делает поступление инвалидов в вуз проблематичным. Доступность системы высшего образования гарантирована инвалидов федеральным законом об образовании. Способы реализации политики доступности высшего образования для инвалидов различаются от вуза к вузу. Большинство университетов России не обеспечены даже минимальными условиями, необходимыми для обучения в них инвалидов. Эти условия касаются архитектуры зданий и аудиторий, дверных проемов и лестниц, мебели и оборудования, обустроенности столовых, библиотек и туалетов, отсутствия комнат отдыха и стульев в коридорах, медицинских кабинетов необходимых для повседневных нужд некоторых студентов-инвалидов. Учреждения высшего образования не имеют возможностей реконструировать свои помещения по принципам универсального дизайна из собственных бюджетных средств. Внебюджетные средства расходуются на базовые нужды вузов, при этом особые потребности инвалидов при ремонте и реконструкции помещений не учитываются. Недостаток финансирования является большим вопросом для многих вузов, особенно в том случае, когда этот вуз не является бенефициаром целевых федеральных программ, не получает средства из регионального или городского бюджета.

Вместе с тем, существуют несколько высших учебных заведений, добившихся значимых результатов в организации непрерывного образования инвалидов, получивших возможность многолетнего мониторинга своей работы. Единичные примеры учреждений высшего профессионального образования теперь приняли и реализуют внутренний распорядок в отношении к обучающимся здесь инвалидам. Недавние инициативы в этих вузах возымели положительный эффект на абитуриентов и студентов с инвалидностью, число которых растет, как и число вузов, в которых открываются программы довузовской подготовки инвалидов, специальные центры и факультеты. Отечественные вузы в разное время

и по разным причинам начинали работу по обучению инвалидов и приобретали этот бесценный опыт. В некоторых случаях такое решение принималось правительством, в иных ситуациях инициатива принадлежала руководителю высшего учебного заведения или кому-то из его команды. При этом, как правило, речь шла о «специализации» вуза на той иной категории инвалидов. В России есть государственные вузы, получающие целевое федеральное бюджетное финансирование (МГТУ им.Баумана, ЛГПУ им.Герцена и др.), и те высшие учебные заведения, которые осуществляют программы интегрированного высшего образования за счет внебюджетных средств, грантов (ЧелГУ). Существует и несколько частных вузов, которые привлекают спонсоров для поддержки образовательных программ для инвалидов, например, Татарский институт содействия бизнесу (Казань). В некоторых вузах сформировался «традиционный» набор предложений для абитуриентов-инвалидов, например, компьютерные технологии и дизайн. В других вузах из года в год предложения меняются в зависимости от набора на те или иные специальности.

Информация, которую удается получить в опросах преподавателей и студентов, свидетельствует о необходимости изменения отношения к инвалидам в сторону безусловного признания и полноценной реализации их права на получение высшего образования. Доступность понимается респондентами в связи с возможностью свободы выбора факультета и специальности и отсутствия финансовых, бюрократических или иных социальных барьеров. К сожалению, большинство существующих программ специализированы по диагнозу и локализованы в отдельных регионах, что существенно сужает образовательный выбор инвалида.

В условиях недостатка приспособленной среды, средств, программ, методов и человеческих ресурсов в ряде случаев дополнительные усилия предпринимаются членами семьи студента-инвалида, преподавателями, однокурсниками, администрацией вузов. Преподаватели отмечают более высокий уровень ответственности и трудолюбия среди студентов-инвалидов по сравнению с их однокурсниками. В ряде вузов предоставляются консультации студентам и преподавателями по целому комплексу вопросов, связанных с подготовкой инвалидов. В большинстве вузов, где подготовка инвалидов не выделена в качестве особой задачи, подобная деятельность отсутствует. При существующих правилах распределения учебной нагрузки и в отсутствии в штатном расписании специалистов по тем или иным вопросам инвалидности в типовых вузах индивидуальная работа со студентом-инвалидом ведется стихийно, не оплачивается и имеет низкий эффект, иногда бывает связана с неформальными практиками завышенного оценивания и занижения требований, что ухудшает атмосферу в студенческой среде. Имеется недостаток внутренних правил, которые могли бы облегчить вопросы приема, зачисления и

обучения инвалидов. Некоторые вузы разрабатывают эти правила в инициативном порядке (время на экзамены, вид экзамена). В других убеждены, что абитуриент-инвалид должен оцениваться на общих основаниях.

Мотивация абитуриентов-инвалидов к поступлению в вуз снижается в случае низкого качества подготовки в интернатах, из-за страха перед средой, отсутствия специальных приспособлений и оборудования в вузах, затрудненной мобильности ввиду отсутствия специального транспорта. Некоторые студенты приходят в вуз прямо после школы, где они получили неплохую подготовку и поощрялись на дальнейший образовательный рост. Многие респонденты-старшеклассники демонстрировали неверие в свои силы и психологическую неготовность обучаться в вузе. Интеграция должна начинаться с дошкольного и школьного образования и продолжаться в системах дополнительного и высшего образования. Важной проблемой является задержка принятия Закона о специальном образовании, который призван отрегулировать политику интеграции и другие ключевые вопросы образования инвалидов. Доступность качественного высшего образования снижается в отсутствие так называемой реабилитационной компоненты высшего образования, которая требует дополнительных бюджетных ассигнований и должна предоставляться наряду с образовательными услугами. Для многих студентов-инвалидов ситуация ухудшается в силу низкого экономического статуса их семей, что выражается в недостаточных условиях домашней подготовки, отсутствии телефона, компьютера, электронной коммуникации.

Академический опыт студентов-инвалидов сильно различается от вуза к вузу и от факультета к факультету, как и характер социальных attitudes к интеграции в зависимости от типа и определения инвалидности, доступности сервисов, индивидуальных качеств и опыта студентов, институциональной политики, навыков и идеологии конкретного преподавателя. Внеакадемические аспекты высшего образования – не менее важный фактор успешного обучения. Преподаватели делают акцент на положительной роли интеграции для личностного роста студентов-инвалидов. Студенты с инвалидностью, в свою очередь, получают большие возможности социального опыта в интегрированной среде. В большинстве вузов не предоставляется никаких программ переподготовки или повышения квалификации преподавателей, работающих с инвалидами, тогда как сами преподаватели считают вопрос переподготовки и разработки специальных методик актуальным. У студентов-инвалидов в типовых вузах нет определенного мнения в отношении регистрации себя как инвалида, поскольку нет уверенности в том, какие услуги им полагаются, в том, не возымеет ли негативный эффект это самораскрытие, а также в том, следует ли им занимать исключительную позицию в отношениях с преподавателями и однокурсниками.

Больше внимания следует уделять предупреждению и устранению элементов дискриминационной политики в учреждениях, реализуемой посредством неформальных отношений. Порой эти практики конфликтуют с повседневной жизнью студентов, которые толерантно относятся к интеграции и придерживаются положительной проактивной позиции к совместному обучению с инвалидами. Учреждения могли бы доносить вопросы инвалидности до понимания студентами и сотрудниками.

Дистанционное обучение является одним из важных ресурсов в политике доступности высшего образования и дополнительного для инвалидов и реализуется в нескольких вузах. Администраторы и преподаватели зачастую недооценивают потенциал студентов и абитуриентов-инвалидов, полагая их целью высшего образования общение, а делом поствузовского выбора – «какую-нибудь не очень сложную и не очень ответственную работу». Между тем, существует много примеров успешной карьеры в бизнесе, среднем и высшем образовании, аспирантуре. Изменению культурных предубеждений в отношении студентов с инвалидностью может способствовать политика репрезентации, в том числе, реализуемая на уровне вуза.

В настоящее время у абитуриентов с инвалидностью есть только две альтернативы. Первая – поступать в вуз по месту жительства, где вряд ли есть приспособленная безбарьерная среда, где преподаватели вряд ли подготовлены к работе с инвалидами. Еще одна альтернатива – отправляться в другой регион, где такая среда есть. Здесь же возникает еще одна проблема, связанная с тем, что студент, приехавший из другого региона, должен «привозить с собой» финансирование своей реабилитационной программы, что затруднено в силу расогласованности ведомств, неотлаженности данной процедуры.

Концепция независимой жизни инвалидов – это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, страхованию, труду и образованию. Изучение отечественного и зарубежного опыта реализации концепции независимой жизни убеждает, что высшее профессиональное образование выступает важнейшим ресурсом ее воплощения. Очевидно, что концепция независимой жизни как возможности для инвалида самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями пока еще находится в стадии формирования. Во многом ее воплощение зависит в этом плане от реализации политики высшего профессионального образования инвалидов, в том числе при участии общественных организаций и работников вузов. Следует отметить, что в Санкт-Петербурге организовано общественное движение «ВОБИН

(Высшее образование инвалидов)»¹, направленное на содействие инвалидам всех стран постсоветского пространства в получении высшего образования².

***Рекомендации по расширению доступности
высшего образования для инвалидов***

- При реализации политики высшего образования инвалидов необходимо считать основным приоритетом концепцию независимой жизни. Развивать политику интеграции, начиная ее с дошкольного и школьного образования и продолжая в системах высшего и дополнительного образования. Повышать численность студентов-инвалидов в системе высшего образования, увеличивать количество вузов и центров, обучающих инвалидов, расширять вариативность образовательных программ. Расширять выбор образовательной программы и места обучения инвалидов. Развивать дистанционное обучение инвалидов.
- Разработать меры расширения участия инвалидов в высшем образовании, включить показатели обучения инвалидов в систему рейтинговых оценок вузов. Выработать единые национальные нормы практики обучения инвалидов в отношении программ подготовки персонала, включая квалификационные требования, этику, методы обучения и оценки работы студентов.
- Развивать межведомственное взаимодействие; создавать вспомогательные сервисы и технологические ресурсы в вузах и межвузовских центрах содействия высшему образованию инвалидов. Расширить круг вузов в разных регионах, получающих целевое финансирование на реабилитационную и коррекционную составляющие высшего образования инвалидов. Для этого разработать систему стимулирования вузов посредством конкурсов грантов и целевых программ финансирования, в зависимости от их участия в предоставлении образовательных услуг инвалидам.
- Усилить требования к выполнению контрольных нормативов по созданию безбарьерной среды в вузах, развитию транспортных услуг студентам-инвалидам. Оказывать государственным и негосударственным вузам содействие в разработке внутренней нормативной базы по приему и обучению инвалидов, методическую поддержку в вопросах организации приемных экзаменов, довузовской подготовки, учебного процесса. Обеспечить мно-

¹ <http://vobin.spb.osi.ru>

² Межрегиональный координационно-аналитический центр по проблемам трудоустройства и адаптации к рынку труда выпускников учреждений профессионального образования МГТУ им. Н.Э. Баумана <http://cszum.bmstu.ru/>

гоальтернативные программы переподготовки и повышения квалификации преподавателей, работающих с инвалидами. Систематически повышать квалификацию преподавателей, обучающихся студентов-инвалидов.

- Содействовать трудоустройству и проводить анализ карьеры вузовских выпускников-инвалидов. Разработать формы информационного обеспечения для работодателей с целью продвижения выпускников-инвалидов на рынке труда (буклеты, видеоклипы, другие материалы, распространяемые на встречах с работодателями в вузах, на ярмарках вакансий, в центрах карьеры при вузах, электронных агентствах трудоустройства студентов). Предупреждать и устранять элементы дискриминационной институциональной политики в учреждениях. Осуществлять распространение позитивных образов инвалидов на уровне вуза. Привлекать средства массовой информации по созданию положительного имиджа высшего образования инвалидов.



Вопросы и задания

1. В чем положительные и отрицательные стороны сегрегированного образования детей-инвалидов (в специальных школах-интернатах)?
2. Чем привлекательна система интегрированного образования?
3. Какие сложности возникают при переходе к интегрированному образованию? Как их можно преодолеть?
4. Рассмотрите следующую ситуацию и ответьте на вопросы

Мария - учительница в школе с большим опытом и стажем работы. Класс, в котором она преподает, посещают дети-инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата. Наталья работает школьным социальным работником (социальным педагогом).

Недавно Мария попросила Наталью помочь ей успокоить учеников в классе, которые нарушают дисциплину и тормозят учебный процесс. Учительница пожаловалась социальному педагогу, что никогда ранее у нее не было столько проблем с учениками. Трудности, по ее мнению, возникли из-за ребенка-инвалида, который перешел учиться в школу из школы-интерната для инвалидов. Кроме того, Мария пожаловалась на ощущение собственной перегрузки и утомления, что, по ее мнению, вызвано присутствием ребенка-инвалида, которому нужно уделять дополнительное внимание.

- Чем могли быть вызваны проблемы, и как их можно решать?
- Как должен повести себя социальный работник (социальный педагог) в данном случае?
- Чьи права должен представлять социальный работник в данной ситуации?

5. Рассмотрите следующую ситуацию и ответьте на вопросы:

Ольга Климова - социальный работник в школе. Марина М. - девятилетняя девочка. Марина - ребенок-инвалид в семье и, очевидно, нуждается в участии и индивидуальном подходе. Одноклассники считают Марину милой и доброй девочкой. Учитель воспринимает ее как трудного ребенка. Трудные дети в школе, как правило, направляются на консультацию к социальному работнику, так как у учителей мало времени на работу с такими учениками. Социальный работник после беседы с детьми в классе и девочкой предположила, что учитель спровоцировал конфликтную ситуацию в классе (Марина стала "козлом отпущения") и решение проблемы видела в работе с учителем, а не с ребенком. Тем не менее директор школы и весь педагогический коллектив отвергли эту стратегию, так как в школе сложилась традиция занятий социальных работников с детьми и их родителями, учителя же выступают коллегами, а не объектом социальной работы.

- Как должен поступить социальный работник?
 - Должен ли социальный работник работать с девочкой, как этого требует учитель?
 - Обязан ли социальный работник осуществить попытку изменения политики школы, каковы могут быть действия и возможные последствия такой попытки?
6. В чем основные проблемы высшего образования инвалидов в современной России? Знакомы ли Вы со студентами-инвалидами? Помогаете ли им в преодолении препятствий вузовской жизни?
7. Каковы основные направления повышения доступности высшего профессионального образования для инвалидов? Что Вы как социальный работник могли бы сделать для решения задачи доступности?

Литература

1. Аксенова Л. И., Архипов Б. А., Белякова Л. И. и др. Специальная педагогика. М.: Академия, 2000. С. 22–23.

2. Астапов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. М., 1995.
3. «Дорога - это то, как ты идешь по ней...» Социально-реабилитационная работа с семьей нетипичного ребенка: Учебное пособие/Под ред. В.Н.Ярской, Е.Р.Смирновой. Саратов: Изд-во ПФ РУЦ, 1996.
4. Забратная С.Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе: Рабочая книга родителей. М.: Педагогика-Пресс, 1993. 48 с.
5. Компенсирующее обучение в России: Сборник действующих нормативных документов и учебно-методич. материалов. М.: Академия, 2001.
6. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. М.: Академия, 2001
7. Малофеев Н. Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2000. Вып. 1.
8. Мануйлова Ю.Н., Смирнова Л.Н. Инвалиды учатся в университете// Социальное обеспечение. 1998. №12. С.24-27.
9. Научно-методическое обеспечение индивидуализации образовательного маршрута и психолого-педагогического сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья в системе высшего образования. Пособие для преподавателей вузов / Составители Гончаров С.А., Кантор В.З., Никитина М.И., Расчетина С.А., Семикин В.В. Санкт-Петербург, 2002
10. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: Пособие для учителей и студентов дефектол. ф-тов пед. ин-тов. М.: Школа-Пресс, 1994. 416 с.
11. Постановление Правительства РФ “Об утверждении Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях” от 18.07.96 № 861 // Российская газета, 23.08.96.
12. Преодолевая барьеры инвалидности. М.: Институт соц. работы, 1997.
13. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. М.: Владос, 1995. 529 с.
14. Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России /Под ред.Е.Ярской-Смирновой и П.Романова. М.: ИНИОН РАН, 2002.

15. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста/ Под ред. Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих. М.: ин-т соц. работы 1996.
16. Стратегия расширения доступности высшего образования в Челябинской области: Материалы междунар.семинара, Челябинск: Челяб.гос.университет, 1999
17. Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности: новая профессия и академическая дисциплина в контексте социальной теории и политической практики наших дней // Взаимосвязь социальной работы и социальной политики / Под ред. Ш.Рамон. М.: Аспект-Пресс, 1997.
18. Шапиро Б.Ю. Идеологические аспекты социальной работы с людьми с ограниченными возможностями //Куда идет Россия? Трансформация социальной сферы и социальной политики/Под общ ред. Т.И. Заславской. М.: Аспект-Пресс, 1994 С. 410-414
19. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. 1999. №4. С. 38-45
20. Ярская-Смирнова Е.Р. Одежда для Адама и Евы: Очерки гендерных исследований. М., 2001.
21. Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: СГТУ, 1997.
22. Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов: Изд-во Педагогического института СГУ, 2002

Интернет-источники

1. Вебсайт «Путь к независимой жизни» www.wil.ru - Челябинский государственный университет
2. Институт коррекционной педагогики <http://ise.iip.net/>

Инвалидность и занятость

Несмотря на то, что инвалидность связана с ограниченной способностью к трудовой деятельности, неотъемлемым правом инвалида является право на труд. Это право установлено Федеральным законодательством «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «О занятости населения в Российской Федерации», направленным на создание инвалидам реальных возможностей для занятия полезной, приносящей доход деятельностью и предусматривающим конкретные механизмы их реализации. Для осуществления этого права необходима активная

государственная политика содействия занятости инвалидов, при том, что положение инвалидов на рынке труда в России остается несоответствующим их потенциальным возможностям, а их занятость – неоправданно низкой. Работающие инвалиды составляют менее 10% их общей численности (еще 7-8 лет назад они составляли 16-18%), занятость среди инвалидов трудоспособного возраста не превышает 15%. Особенно она низка среди инвалидов 1 и 2 групп (8%). Для сравнения - в США из 54 млн. инвалидов трудоустроены 29% , Великобритании из 5 млн. - 40%, Китае из 60 млн. - 80%¹.

Органы службы занятости обязаны принимать меры по вовлечению инвалидов в сферу предпринимательства и самозанятости. Инвалидам, состоящим на учете в службе занятости и желающим заняться индивидуальной трудовой деятельностью, должна оказываться консультативно-организационная помощь по правовым вопросам, составлению бизнес-планов, подготовке регистрационных документов. Инвалидам из числа безработных граждан должна предоставляться финансовая помощь. В 2000 году только 1,2 тыс. инвалидов организовали индивидуальное предпринимательство, что очень мало, исходя из количества инвалидов в стране. Одной из основных мер, направленных на решение проблемы занятости инвалидов в настоящее время, является установление органами исполнительной власти субъектов федерации для организаций независимо от организационно-правовых форм квот для трудоустройства данной категории граждан. По информации Министерства труда и социального развития Российской Федерации в 2000 году в рамках установленной квоты трудоустроено около 12 тыс. инвалидов. За содействием в трудоустройстве в органы службы занятости в течение 2000 года обратилось около 86 тыс. человек, оказано содействие в трудоустройстве 42,7 тыс. граждан с ограниченной трудоспособностью. В рамках Федеральной целевой программы содействия занятости населения Российской Федерации на 1998-2000 гг. территориальными органами Министерства труда и социального развития Российской Федерации по вопросам занятости населения для лиц, имеющих ограничение трудоспособности, реализуется комплекс таких мер, как оказание консультативных и профориентационных услуг; помощь в поиске работы; профессиональное обучение; квотирование рабочих мест.

Вместе с тем, сегодня проявились новые проблемы квотирования рабочих мест для инвалидов. Работодатели, подчиняясь требованию государства, и выделяют вакансии, которые, однако, не устраивают инвалидов. Дело в том, что доход, получаемый от заработной платы на таких рабочих местах, не покрывает затраты, которые приходится нести работ-

¹ Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Права и возможности инвалидов в Российской Федерации 10 сентября 2001 года <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spinv.htm>

никам с инвалидностью в связи с утрачиваемыми ими в этом случае льготами на лекарственные препараты. Кроме того, предоставляемые рабочие места не отвечают нуждам инвалидов, не адаптированы к их особым потребностям, условия труда не удовлетворительны, что приводит к риску обострения заболевания и уменьшения трудоспособности. Данные вопросы требуют своего изучения и решения, и социальный работник может произвести анализ ситуации, поскольку владеет необходимыми навыками как исследователь.

Динамический анализ статистики инвалидности, проводимый органами и министерством здравоохранения, показывает, что уровень полной реабилитации стабильно очень низкий, а в первой и второй группах почти нулевой (0.2-0.6%). Ежегодно совокупность инвалидов уменьшается всего на 2.2-2.3% благодаря полной реабилитации, причем инвалиды третьей группы имеют значимый шанс полной реабилитации¹.

Сравнение показателей по работающим и неработающим инвалидам выявило, что реабилитация первых существенно выше, чем последних. Одним из основных направлений поддержки инвалидов является профессиональная реабилитация, которая является важнейшей составной частью государственной политики в области социальной защиты инвалидов. Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия, услуги и технические средства:

- профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор; профподбор);
- психологическая поддержка и содействие профессиональному самоопределению;
- обучение (переобучение) по программам основного общего образования, среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования;
- повышение квалификации;
- содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству);
- квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;
- профессионально-производственная адаптация.

Профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства, так как средства, вложенные в реабилитацию инвалидов, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов. В случае ограничения доступа инвалидов к заня-

¹ Демографический прогноз//Демографический ежегодник России: Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1997.

тиям профессиональной деятельностью расходы на реабилитацию инвалидов возрастают. В настоящее время удельный вес работающих инвалидов в общей их численности не превышает 11%. Особенно тяжелое положение складывается с занятостью инвалидов I и II групп, среди которых удельный вес работающих - менее 8 %¹.

Законодательство в отношении инвалидов не учитывает, что работодателю нужен не инвалид, а работник. Полноценная трудовая реабилитация и состоит в том, чтобы сделать из инвалида работника. Однако для этого необходимы определенные условия. Эффективная последовательность - превратить инвалидов в работников, а затем трудоустроить, но не наоборот. Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов являются важнейшими аспектами их профессиональной реабилитации. Специальные учебные заведения не обеспечивают подготовки инвалидов на уровне, гарантирующем их конкурентоспособность, а некоторые из них готовят специалистов, которые заведомо оказываются невостребованными. В значительной мере это обусловлено следующими причинами:

- специалисты медико-социальной экспертизы, которые сегодня осуществляют профессиональную ориентацию инвалидов, не владеют информацией о показаниях и противопоказаниях к приему в высшие и другие образовательные учреждения, ориентируясь на пожелания самих инвалидов;
- инвалиды не имеют доступа к информации о показаниях и противопоказаниях к приему в образовательные учреждения, мало что знают о выбранной профессии и условиях ее труда;
- специальные образовательные учреждения системы социальной защиты населения непрестижны и не дают перспектив для последующего трудоустройства на хорошо оплачиваемые должности;
- образовательные учреждения не приспособлены для инвалидов, чьи психосоматические возможности требуют особой инфраструктуры помещений, специального оборудования учебных мест и специальной методики обучения. Ввиду этого круг профессий, которым могут быть обучены инвалиды, сужается и субъективно формируются противопоказания для приема в образовательные учреждения.

Вместе с тем не сформированы всеобщее представление и установка о том, что профессиональную подготовку и профессиональное образование (включая обучение, переобучение, переквалификацию) инвалидов предпочтительнее осуществлять не в специальных, а в обычных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего професси-

¹ Прохоров Б.Б. Медико-экологическое районирование и региональный прогноз здоровья населения России. М.: Изд-во МНЭПУ., 1996. 72 с.

онального образования, различных курсах. Это позволит избежать формирования сегрегационных установок у инвалидов и предоставит возможность более полноценной интеграции инвалидов в общество. Другой существенный изъян состоит в том, что большинство реабилитационных мероприятий адресованы лишь инвалидам с незначительными нарушениями здоровья.

Интерес работодателя и служб социальной защиты очевиден: видимость успеха создается быстро и эффективно. Многие инвалиды не имеют опыта в поиске работы. Занятия по поиску работы должны быть включены в программы по реабилитации инвалидов. В службах занятости отсутствует какой-либо существенный опыт по трудоустройству инвалидов. Нет четкого, основанного на нормативно-правовой базе взаимодействия с МСЭК, в результате чего инвалиды обращаются в службу занятости с рекомендациями, содержащими общие указания относительно условий труда, которые являются скорее определением предположительной трудовой возможности инвалидов.

Сами инвалиды часто опасаются выходить на рынок труда из-за возможной неудачи в общем процессе занятости, из-за страха потерять определенные льготы. В условиях безработицы организации неохотно принимают на работу инвалидов. Процессы в переходной экономике в целом негативно отразились на специализированной занятости инвалидов, так как многие предприятия находят, что с финансовой точки зрения невозможно держать рабочих-инвалидов или платить оставшимся даже минимально допустимую заработную плату, предоставлять различные льготы или продолжать осуществлять их профессиональную реабилитацию.

Современная статистика доходов и оплаты труда не дает возможности для сколько-нибудь репрезентативного анализа уровня и динамики оплаты труда занятых инвалидов. Такую возможность предоставляют лишь отдельные социологические исследования или экономический анализ в отдельно взятом экономическом секторе. Таким сектором могут являться предприятия ВОИ, хотя бы по той причине, что на них довольно высока концентрация работников-инвалидов. Конечно, предприятия для инвалидов требуют больших капиталовложений. Учитывая физическое состояние работающих, производство должно быть оснащено современным оборудованием, но из-за дефицита финансирования в настоящее время осуществить это сложно, но возможно при скоординированной работе органов власти федерации и её субъектов, органов местного самоуправления, предприятий, организаций, бизнесменов, благотворительных фондов.

В состав ВОИ входит около 2000 структурных единиц, в том числе около 1300 предприятий, 140 хозяйственных обществ и более 500 коммерческих участков в 66 регионах России. В 1997 г. на них было занято

55 тыс. чел., из которых 23 (42%) тыс. чел. составляли инвалиды, из них 7% - инвалиды 1, 56% – 2 и 37% - 3 группы. Исследования показывают¹, что в большинстве регионов уровень заработной платы инвалидов более чем в два раза ниже заработной платы неинвалидов, занятых на этих предприятиях. Сравнение оплаты инвалидов со средней заработной платой по региону в целом, то есть по всем предприятиям всех экономических секторов, также показывает существенную дифференциацию – это соотношение колеблется по территориям от 18 до 57%. Как правило, на предприятиях ВОИ (впрочем, как и на других предприятиях) инвалиды заняты на вспомогательных работах.

Тем не менее, занятость инвалидов приносит им дополнительные доходы, размеры которых сопоставимы с величиной получаемых пенсий. По сумме совокупного дохода многие работающие инвалиды, таким образом, имеют преимущества по сравнению, например, с неработающими пенсионерами, а также со многими другими социально-демографическими группами, традиционно входящими в зону бедности. Большим резервом в регулировании рынка труда инвалидов является их самозанятость и организация инвалидами собственного дела. Однако работа с инвалидами по обучению навыкам предпринимательства, профессиональной помощи и психологической поддержке пока не приносит ощутимого эффекта. В целях снижения социальной напряженности на рынке труда инвалидов, создания инвалидам дополнительных возможностей трудоустройства органы службы занятости внедряют систему выделения финансовых средств работодателям для частичной компенсации их расходов по оплате труда инвалидов. В 1996 г. за счет реализации программ субсидирования заработной платы инвалидов было трудоустроено 1 тыс. человек.

В соответствии с законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», безработным признается инвалид, имеющий трудовую рекомендацию, заключение о рекомендуемом характере и условиях труда, не имеющий работы, зарегистрированный в органе ФСЗ России в целях поиска подходящей работы и готовый приступить к ней². Наряду с общими для всех безработных инвалиды могут пользоваться следующими правами и гарантиями:

- на получение пособий по безработице;
- на получение стипендии в период профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации.
- возможность участия в оплачиваемых общественных работах³;

¹ Смирнов С., Николаенко Е.. Экономика трудовой реабилитации инвалидов: опыт предприятий ВОИ // Человек и труд. 1998. № 12.

² Ф.З. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» Ст.25

³ Ф.З. «О занятости населения в Российской Федерации» в редакции от 1996 г. Ст. 28

- бесплатное медицинское обслуживание и медицинское освидетельствование при приеме на работу и направлении на обучение¹.

Кроме того, инвалиды имеют право в приоритетном порядке пройти профессиональную подготовку, повышение квалификации и переподготовку², получить услуги по профессиональной ориентации³, на обеспечение лекарствами по рецептам врачей с 50% скидкой. Некоторые категории инвалидов (получившие на предприятии трудовое увечье или профессиональное заболевание, инвалиды войны, вследствие Чернобыльской катастрофы, участия в ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы) пользуются преимущественным правом на сохранение рабочего места при сокращении численности или штата работников⁴. Основанием к увольнению инвалида по несоответствию выполняемой работе по состоянию здоровья может быть:

- отказ от перевода на другую работу, если выполняемая им в настоящее время противопоказана по трудовой рекомендации МСЭК;
- отсутствие возможности предоставить инвалиду другую подходящую работу, отвечающую трудовой рекомендации МСЭК;
- признание инвалида МСЭК полностью нетрудоспособным и не подлежащим направлению на работу⁵.

Таким образом, инвалиды находятся на особом положении в сфере занятости и трудовых отношений. С одной стороны, им предоставляются льготы и более щадящие условия труда: они имеют право при выполнении более легких видов труда, сокращенной продолжительности рабочего времени на сохранение прежней заработной платы, а также на получение дополнительных видов помощи.

С другой стороны, даже на правовом уровне инвалиды имеют ограничения и препятствия для своей профессиональной самореализации: признание инвалида нетрудоспособным исключает его из разряда “рабочей силы”, не позволяет ему получить защиту от безработицы и, соответственно, комплекс услуг по профессиональной реабилитации, хотя именно имеющие более высокую степень инвалидности нуждаются в большей помощи по восстановлению своего профессионального статуса; некоторые инвалиды могут быть признаны неспособными к обучению или способными, но только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях, что приводит или к их полному исключению из образовательных сервисов и изоляции или се-

¹ Там же. Ст. 12

² Там же. Ст. 23 п. 3.

³ Там же. Ст. 13.

⁴ КЗОТ РФ. Ст. 34.

⁵ Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов. Л. 1981 г. с. 134 .

грегации, формированию своего рода гетто при обучении в школах-интернатах для инвалидов.

Иными словами, инвалиды имеют ограничения в получении образования, выборе формы обучения и образовательного учреждения. Некоторые категории инвалидов могут (имеют право) работать лишь в специально созданных условиях, которые по сути являются изолирующими. К такой форме трудоустройства можно отнести специальные цеха предприятий. Организация трудового устройства инвалидов в специальных цехах предприятий регламентируется соответствующими положениями (Положения о специальных цехах для работы инвалидов, больных активной формой туберкулеза легких, с нервно-психическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями были разработаны и одобрены и утверждены соответствующими структурами)¹. Были предусмотрены спеццеха для психически больных, больных туберкулезом, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Независимо от профиля цеха, в положение о спеццехе излагаются медицинские показания и противопоказания к трудоустройству, санитарно-гигиенические условия и требования к охране труда работающего контингента инвалидов, примерные технические операции, доступные инвалидам с данной патологией, основа организации и режима их труда, а также мероприятия по специальному обслуживанию работающих.

В процесс профессиональной реабилитации инвалидов вовлечены не только органы социальной защиты, службы занятости населения, но и, естественно, работодатели. Государство через законодательство обязывает работодателей соблюдать следующие нормы и правила:

- недопустимость отказа в приеме на работу по причине наличия инвалидности²;
- предоставление работы на том же предприятии, где наступила инвалидность³;
- при отсутствии на предприятии работы, предусмотренной решением МСЭК, оказание содействия в переводе на другое предприятие и др.⁴;
- установление квоты для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 3 %; в сравнении с 1990 годом она снижена на 2 %).

¹ Там же. С. 150.

² КЗОТ РСФСР ст.157, КЗОТ РФ ст. 16

³ Постановление Совета министров РСФСР №1070 от 22. 08. 1961 г. “О мерах по улучшению трудового устройства инвалидов в РСФСР”.

⁴ Постановление Совета министров РСФСР №1010 от 10.12.1976 г. “О дополнительных мерах по улучшению организации профессионального обучения и трудового устройства инвалидов”.

В соответствии с установленной квотой для приема на работу они обязаны:

- создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов;
- создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;
- предоставлять в установленном порядке информацию, необходимую для организации занятости инвалидов¹.

Работодатели обязаны возмещать вред, причиненный работником в результате увечья, профессионального заболевания либо иного повреждения здоровья, связанного с выполнением работниками трудовых обязанностей.

В случае невыполнения или невозможности выполнения квоты для приема на работу инвалидов работодатели вносят обязательную плату в установленном размере за каждого нетрудоустроенного инвалида в пределах установленной квоты в государственный фонд занятости населения РФ. Полученные средства расходуются целевым назначением на создание рабочих мест для инвалидов². Работодатели, нарушающие порядок внесения обязательной платы в ГФЗ населения РФ, несут ответственность в виде уплаты штрафа: за сокрытие или занижение обязательной платы - в размере скрытой или недовнесенной суммы, а в случае отказа в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты - в размере стоимости рабочего места, определяемой органами исполнительной власти субъектов РФ³.

В свою очередь некоторым категориям работодателей гарантируется государственная поддержка (предоставление налоговых и иных льгот). К ним относятся специализированные предприятия, применяющие труд инвалидов, предприятия, учреждения, организации общественных объединений инвалидов; производящие промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, оказывающие медицинскую помощь, услуги в сфере образования, лечебно-производственные мастерские, подсобные сельские хозяйства и ряд других, обеспечивающих и расширяющих возможности жизнедеятельности инвалидов⁴.

Предприятия, в которых заняты не менее 30 % инвалидов пользуются правом на льготное налогообложение, финансовое и материально-техническое обеспечение, а при числе работающих инвалидов более 50% предприятие освобождается от уплаты местных налогов НДС, налога на имущество и платежей в пенсионный фонд, фонд занятости и фонд ме-

¹ ФЗ “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”. Ст.24.

² Там же. Ст.21.

³ ФЗ “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”. Ст. 24.

⁴ Там же.Ст.26.

дицинского страхования¹. Новый налоговый кодекс упраздняет ряд льгот, в частности, освобождение от уплаты налога на прибыль.

В России формальное право инвалидов на труд введено в 1996 г.². Наиболее распространенными мерами поддержки инвалидов на рынке труда являются:

- квотирование рабочих мест;
- приспособление рабочих мест;
- освобождение работодателей от выплаты минимальной заработной платы;
- финансовые льготы работодателям, осуществляющим адаптацию рабочих мест для нужд инвалидов;
- финансовые льготы работодателям, нанимающим инвалидов;
- субсидии инвалидам, организующим свой малый бизнес;
- помощь в трудоустройстве.

Финансирование социальной защиты инвалидов

Самым слабым местом социальной политики в отношении инвалидов остаются ее разрозненность и отсутствие единой стратегии. Фактически мы имеем дело с отдельными социальными мерами, а не с комплексной системной концепцией. При этом утрачивается реальное представление об эффективности льгот, об их ориентированности на конкретные социальные задачи. Отсутствие концепции ведет к тому, что у политики отсутствует реальная финансовая основа. Законы, обеспечивающие льготы, принимаются без учета возможности их реального финансового исполнения. Вообще говоря, эти законы противоречат основному финансовому закону страны – Закону о федеральном бюджете РФ. Законы по льготам исходят из обязательного выполнения обязательств федерального бюджета или бюджета субъекта федерации перед получателем. Между тем Российский закон о федеральном бюджете устанавливает приоритеты выполнения различных статей бюджета и предусматривает возможность недофинансирования по отдельным статьям.

Источники финансирования социальной защиты инвалидов Таблица 6.

¹ Клинические и социальные аспекты профилактики инвалидности и реабилитации. СПб, 1992. Ст. 16.

² До этого года за ВТЭК закреплялось право определять способность инвалида к труду. Инвалиды 3-й группы признавались “лицами с ограниченной трудоспособностью”. Инвалиды второй группы делились на две категории: “трудоспособные” и “нетрудоспособные”. К нетрудоспособным инвалидам были отнесены все инвалиды первой группы. Инвалиды, которые стремились реализовывать себя в труде, искусственно занижали группу инвалидности, чтобы иметь возможность работать.

Источник	Что финансируется
Федеральный бюджет Российской Федерации	Федеральные целевые программы социальной защиты инвалидов Протезирование и изготовление протезно-ортопедической обуви Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к информации Внедрение инновационных средств для информационного обеспечения инвалидов по зрению
Бюджеты субъектов РФ, Федеральный фонд финансовой поддержки субъектов РФ	Льготы и компенсации инвалидам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Льготы и компенсации в соответствии с нормативными актами, принимаемыми субъектами
Пенсионный фонд Российской Федерации	Пенсии и компенсационные выплаты
Фонд социального страхования Российской Федерации	Пособия по уходу за детьми-инвалидами
Фонд обязательного медицинского страхования РФ	Временная нетрудоспособность работающих инвалидов
Государственный фонд занятости населения РФ	Пособие по безработице, материальная помощь Мероприятия по обеспечению дополнительных гарантий занятости инвалидов
Средства работодателей	Льготы и компенсации, предусмотренные в коллективных договорах Возмещение вреда инвалидам за трудовое увечье и профессиональное заболевание

По своим провозглашенным целям социальная политика в отношении инвалидов должна носить активный характер. В рамках реформы пенсионной системы России в соответствии с новыми Федеральными законами № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях» от 17 декабря 2001г. и № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» от 15 декабря 2001г. существует несколько видов пенсий для инвалидов – государственная и трудовая. Рассмотрим эти разновидности пенсий, обратившись к текстам законов.

В соответствии со ст.3 Закона «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» две государственных пенсии – по инвалидности и по старости – могут получать граждане, ставшие инвалидами вследствие военной травмы, и участники Великой Отечественной войны. Если индивид не относится к одной из этих категорий, то он или она будут получать от государства только одну пенсию, которая мо-

жет быть а) пенсией за выслугу лет; б) пенсией по старости; в) пенсией по инвалидности; г) социальной пенсией (ст.5). На одну из этих пенсий может рассчитывать тот, кто был федеральным государственным служащим или военнослужащим, воевал в Великую Отечественную Войну, пострадал в результате радиационных или техногенных катастроф или является нетрудоспособным (ст.4). Размер государственной пенсии исчисляется как производная от размера базовой части трудовой пенсии в зависимости от категории пенсионера и составляет, например, для инвалидов, имеющих ограничение способности к трудовой деятельности III степени при наступлении инвалидности вследствие военной травмы, - 300 процентов размера базовой части трудовой пенсии по старости, предусмотренной Федеральным законом «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» для граждан, достигших возраста 60 и 55 лет (соответственно мужчины и женщины).

В соответствии со ст.18 Закона «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», социальная пенсия нетрудоспособным гражданам назначается в следующем размере: инвалидам с детства, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III и II степени, инвалидам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, детям-инвалидам – 100% размера базовой части трудовой пенсии по инвалидности, предусмотренной подпунктом 1 пункта 1 статьи 15 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»; инвалидам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности I степени, - 85% размера базовой части трудовой пенсии по старости, предусмотренной Федеральным законом «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» для граждан, достигших возраста 60 и 55 лет (соответственно мужчины и женщины), но не менее 400 рублей в месяц.

Остальные граждане с инвалидностью получают трудовую пенсию по инвалидности, размер которой исчисляется как сумма базовой, страховой и накопительной частей трудовой пенсии по инвалидности. В соответствии с упомянутой здесь статьей 15 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», размер базовой части трудовой пенсии по инвалидности в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности устанавливается в следующих суммах:

- 1) при III степени - 900 рублей в месяц;
- 2) при II степени - 450 рублей в месяц;
- 3) при I степени - 225 рублей в месяц.

Как видим, чем больше у инвалида способность к трудовой деятельности, тем меньше базовая часть трудовой пенсии. Это стимулирует человека к активной позиции на рынке труда.

Страховая, как и накопительная части трудовой пенсии по инвалидности исчисляются по специальной формуле, которая зафиксирована в «Законе о трудовых пенсиях в Российской Федерации». Законодательством так же гарантирован минимум суммы страховой и базовой частей, который не может быть менее 660 рублей в месяц. У разных категорий пенсионеров страховая часть трудовой пенсии по инвалидности в настоящее время варьирует от 500 до 1000 с небольшим рублей, и в результате несложных подсчетов можно увидеть, что далеко не все инвалиды получают пенсию, сравнимую с прожиточным минимумом, который на третий квартал 2003 г. составил в расчете на душу населения – 2121 рубль (для трудоспособного населения – 2318 рублей, пенсионеров – 2318 рублей, детей – 2089 рубля)¹. Инвалиды, получающие социальную пенсию, очевидно, находятся в наихудшем положении. Таким образом, налицо расхождение пенсионного законодательства и требования статьи 2 Федерального закона "О прожиточном минимуме в Российской Федерации", согласно которой устанавливаемые минимальные размеры оплаты труда, пенсий, как и оказание необходимой государственной социальной помощи малоимущим гражданам должны определяться, исходя из прожиточного минимума.

Кроме того, одной из причин оформления инвалидности является потребность в льготе на лекарства в связи с тем, что размер пенсии не дает возможности приобретать лекарства в соответствии с медицинскими показаниями. Несовершенство существующей системы финансового обеспечения политики в отношении инвалидов приводит к недофинансированию отдельных мероприятий этой политики, к задержкам по выплатам разных видов пособий и компенсаций, к реальной недоступности. Основным преимуществом пенсии как социального вида помощи инвалиду является законодательно закреплённая обязательность предоставления и гарантированность выплат. Все остальные виды помощи, мероприятия в отношении инвалида не гарантируют обязательность финансирования и, как показывает практика, не финансируются в полном объеме. Финансовое обеспечение политики в отношении инвалидов отражает несоответствие поставленных задач и реальных потребностей инвалидов, а также возможностей бюджета по реализации объявленной политики.

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2003г. № 672 "Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в целом по Российской Федерации за III квартал 2003г."



Вопросы и задания

1. Какие льготы предусмотрены для инвалидов 1, 2, 3 группы в РФ? Какие товары и услуги инвалидам предоставляются бесплатно?
2. Существуют ли дополнительные льготы и гарантии инвалидам войны (в том числе участникам войн в Афганистане, Чечне и пр.)
3. Что гарантируют меры социальной политики детям-инвалидам? Какие льготы имеют инвалиды при поступлении в высшие учебные заведения?
4. Какие мероприятия включает профессиональная реабилитация инвалидов?
5. В чем проблемы занятости инвалидов?
6. Как осуществляется финансирование системы социальной защиты инвалидов?

Литература

1. Антипьева Н.В. Социальная защита инвалидов в Российской Федерации: Правовое регулирование. М.: Юридическая литература, 2002.
2. Вульф Л. Что надо инвалиду? //Социальная защита. 1998. №6.
3. Глазычев В. Л. Социально-экологическая интерпретация городской среды. М.: Наука, 1984.
4. Гостюшин А.В., Шубина С.И. Азбука выживания: Человек в чрезвычайных обстоятельствах. Экстремальная медицина. М., 1995.
5. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. М.: МГСУ, 1992.
6. Григорьева И.А. Социальная политика и социальное реформирование в России в 90-х годах. СПб, 1998.
7. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция// Социологические исследования. 1991. № 5, С.3-8.
8. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых// Социологические исследования. 1993. № 1. С.56-63.
9. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б., Демидов Н.А. Социальные проблемы инвалидности // Социологические исследования. 1988. №4.

10. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для подготовки социальных работников. М.: Логос, 1996.
11. Егоров А. И. Социально-трудовая реабилитация инвалидов и престарелых (правовой аспект). М.: Юридическая литература, 1985
12. Жить как все: о правах и льготах для инвалидов: Юридический справочник / Ю.В. Варламова и др. Пермь, 1994. 212 с.
13. Занятость инвалидов// Социальное обеспечение. 1993. № 3.
14. К независимой жизни: Пособие для инвалидов. М.: РООИ «Перспектива», 2000.
15. Малева Т., Васин С. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем // «Pro et Contra». 2001. Т. 6. №3. С. 80-105.
16. Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: Учебное пособие для вузов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Книжный мир, 1999. 240 с.
17. Мачульская Е.Е. Социальное обеспечение во Франции//Социальная защита. 1998. №7. С.60-63.
18. Наберушкина Э.К. Политика в отношении инвалидов // Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России М.: ИНИОН РАН, 2002.
19. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. М.: Курьер, 1993.
20. Особенности различных видов инвалидности. М.: РООИ «Перспектива», 2000.
21. Пентек К. Социальные проблемы ограниченно трудоспособных// Социолог. исследов. 1993. №1. С. 126-131.
22. Проектирование развития учреждений социального обслуживания. М. Ин-т соц. работы, 1996.
23. Романенкова Д.Ф. Анализ регионального банка данных. Молодые инвалиды и высшее образование. Челябинский государственный университет // www.fdvo.cgu.chel.su/d24.html
24. Социальная защита инвалидов. Нормативные акты и документы. М. 1994.
25. Социальная политика: парадигмы и приоритеты. М., 2000.
26. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста/Под ред. Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих. М.ин-т соц. работы, 1996.
27. Федоров А.В. Социальная защита молодых инвалидов-горожан в условиях перехода к рынку. СПб: СПб ун-т, 1999.

3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПРОБЛЕМОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Понятие социального обслуживания инвалидов. Социальная работа с инвалидами. Какие особенности семей с детьми-инвалидами нужно учитывать в социальном обслуживании? Системный подход в социальной работе с инвалидами. Технологии социальной работы с инвалидами. Ранняя интервенция как стратегия социального обслуживания семей с детьми-инвалидами. Оккупационная терапия как технология медико-социальной работы с инвалидами. Где должны обучаться инвалиды?

Социальное обслуживание инвалидов

Согласно российскому законодательству, социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого - педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации¹.

1) клиент социальной службы - гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому в связи с этим предоставляются социальные услуги;

2) социальные услуги - действия по оказанию клиенту социальной службы помощи, предусмотренной Федеральным законодательством;

3) трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Очередным законодательным регулятором вопросов доступности среды жизнедеятельности стало Постановление Правительства Российской Федерации от 25.11.1995 г. №1151, где был принят федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам. В настоящем законе прописан перечень услуг, которые предоставляются инвалидам и пожилым в условиях стационарного учреждения и на дому. Перечень услуг

¹ Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов"

содержит ряд материально-бытовых, социально-медицинских, правовых, ритуальных, образовательных услуг, услуг, связанных с социально-трудовой реабилитацией.

Относительно новым аспектом является прописанный перечень услуг для престарелых и инвалидов, предоставляемых на дому. Здесь представлен перечень услуг, перечисленных выше, а также дополнительных услуг, оказываемых специализированными отделениями помощи на дому. В частности, речь идет о медико-санитарных мероприятиях, реализуемых центрами социального обслуживания или органами социальной защиты населения (социально-медицинское обслуживание на дому).

Кроме того, сюда относятся также услуги, предоставляемые отделениями срочной социальной помощи (срочное социальное обслуживание предусматривает оказание разовых услуг остро нуждающимся в социальной поддержке): обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости; оказание материальной помощи; содействие в предоставлении временного жилого помещения; обеспечение бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами; организация экстренной медико-психологической помощи. Обозначены услуги, предоставляемые в полустационарных условиях (отделениях дневного (ночного) пребывания, создаваемых в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения), в том числе для лиц без определенного места жительства.

Это типовые услуги социально-бытового и медицинско-психологического характера. Постановление Правительства РФ от 15.04.96 № 473 регулирует порядок предоставления социальных услуг. Социальные услуги предоставляются бесплатно одиноким инвалидам, получающим пенсию, в том числе с учетом надбавок, в размере ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона; инвалидам, имеющим родственников, которые по объективным причинам не могут обеспечить помощь и уход, при условии, что размер их пенсии ниже прожиточного минимума; инвалидам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума.

Социальное обслуживание инвалидов включает совокупность социальных услуг (уход, организация питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, помощи в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и другие), которые предоставляются гражданам из числа инвалидов на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

Инвалиды, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Такие услуги оказываются только при условии добровольного согласия инвалидов, за исключением случаев, когда оказание таких услуг необходимо, чтобы спасти жизнь инвалида (может быть, даже и против его воли)¹.

- Действующим законодательством предусмотрен перечень социальных услуг, предоставление которых осуществляется *бесплатно*. Такие услуги в формах, перечисленных ниже, предоставляются:
 - инвалидам, имеющим родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход (при условии, что размер получаемой этими гражданами пенсии, в том числе с учетом надбавок, ниже прожиточного минимума, установленного для той или иной области);
 - инвалидам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона.

- На условиях неполной оплаты услуги из базового перечня, утвержденного постановлением Правительства РФ, оказываются:
 - инвалидам, получающим пенсию (в том числе с учетом надбавок, в размере от 100 до 150 процентов прожиточного минимума, установленного для данного региона);
 - инвалидам, имеющим родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход (при условии, что размер получаемой этими гражданами пенсии, в том числе с учетом надбавок, составляет от 100 до 150 процентов прожиточного минимума, установленного для данного региона);

¹ Вебсайт Инвалид.Ру <http://www.invalid.ru/> Автор сайта – Николай Попков

- инвалидам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых составляет от 100 до 150 процентов прожиточного минимума, установленного для данного региона.

□ На условиях *полной оплаты*

- если инвалид живет в семье, где средний доход на члена семьи на 150 % превышает прожиточный минимум, установленный для данного региона, если инвалиду были оказаны услуги, не входящие в базовый перечень.

Порядок и условия оплаты социальных услуг в государственном и муниципальном секторах социального обслуживания определяются Правительством Российской Федерации. Тарифы на социальные услуги, оказываемые государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, определяются органами социальной защиты населения области.

Ежемесячный размер частичной оплаты социальных услуг, предоставляемых на дому, не должен превышать 25 процентов от разницы между получаемой пенсией, в том числе с учетом надбавок, и прожиточным минимумом. Ежемесячный размер частичной оплаты социальных услуг, предоставляемых в полустационарных условиях, не должен превышать 50 процентов от разницы между получаемой пенсией, в том числе с учетом надбавок, и прожиточным минимумом.

Предоставление социальных услуг может производиться на дому, при помещении в специальное учреждение (стационар), осуществляющее постоянный уход за находящимися в нем лицами, а также в форме полустационарного обслуживания.

□ К числу *надомных социальных услуг*, предусматриваемых федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- организация питания, включая доставку продуктов на дом;
- помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;
- поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;
- содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;
- содействие в организации ритуальных услуг;
- другие надомные социальные услуги.

Социальное обслуживание на дому осуществляется соответствующими отделениями, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы), тяжелыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях.

Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется специализированными отделениями, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Полустационарное социальное обслуживание включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни. Такое обслуживание предоставляется нуждающимся в нем инвалидам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющим медицинских противопоказаний к зачислению на социальное обслуживание. Решение о зачислении на полустационарное социальное обслуживание принимается руководителем учреждения социального обслуживания на основании личного письменного заявления гражданина пожилого возраста или инвалида и справки учреждения здравоохранения о состоянии его здоровья.

Полустационарное социальное обслуживание осуществляется отделениями дневного (ночного) пребывания, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социально-бытовой помощи инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении. Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для инвалидов наиболее удобных и комфортных их возрасту и состоянию здоровья условий жизни, а также оказание им медицинской и иной помощи, направленной на достижение такого состояния, организацию их отдыха и досуга. Стационарное социальное обслуживание инвалидов осуществляется в домах-интернатах, специально оборудованных в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья и социальным положением. Инвалид, выбравший проживание в таком учреждении, отнюдь не лишается возможности вести удобную и привычную для него жизнь. Он имеет право пользоваться телефонной связью и почтовыми услугами за плату в соответствии с действующими тарифами, встречаться с род-

ственников, друзьями практически в любое время. Супруги из числа проживающих в доме- интернате вправе требовать предоставления им изолированного жилого помещения для совместного проживания.

В качестве особого вида услуг для инвалидов в целях оказания им неотложной помощи разового характера проводится так называемое *срочное социальное обслуживание*.

- Срочное социальное обслуживание включает следующие социальные услуги из числа предусматриваемых федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг:
 - разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами;
 - обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
 - разовое оказание материальной помощи;
 - содействие в получении временного жилого помещения;
 - организацию юридической помощи в целях защиты прав обслуживаемых лиц;
 - организацию экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров;
 - иные срочные социальные услуги.

Срочное социальное обслуживание осуществляется муниципальными центрами социального обслуживания или отделениями, создаваемыми для этих целей при органах социальной защиты населения.

В комплекс мер, связанных с социальным обслуживанием населения, включаются также нормы права, распространяющиеся не только на инвалидов, но и на всех граждан. В частности, это касается обслуживания населения в магазинах, ателье, домах быта и иных организациях подобного рода. Правда, и в этих случаях законодательство ориентирует лиц, занимающихся оказанием таких услуг, на особое отношение к гражданам, являющимися инвалидами.

Так, инвалиды I и II группы должны обслуживаться вне очереди на предприятиях торговли, общественного питания, службы быта, связи, и жилищно-коммунального хозяйства, в учреждениях здравоохранения, образования, культуры, в юридических службах и других организациях, обслуживающих население. Инвалиды пользуются правом внеочередного приема руководителями и другими должностными лицами предприятий, учреждений и организаций.

Предусмотрена и система органов, осуществляющих контроль за исполнением разного рода нормативных актов, направленных на социальную поддержку инвалидов (Федеральный Закон "О социальной защи-

те инвалидов в Российской Федерации", ст. 32, а также Федеральный Закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (ст. ст. 37, 38). Так, контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг на уровне области и государства в целом в сфере социального обслуживания осуществляется органами социальной защиты населения, органами здравоохранения и органами образования в пределах их компетенции, а также министерствами, иными федеральными органами исполнительной власти, государственными предприятиями, учреждениями и организациями, имеющими в своем подчинении учреждения социального обслуживания.

Контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг на уровне города, района осуществляется муниципальными органами социальной защиты населения, органами здравоохранения и органами образования, а также органами управления социальным обслуживанием Российской Федерации и органами управления социальным обслуживанием области. Контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг частными организациями в сфере социального обслуживания осуществляется государственными, муниципальными органами социальной защиты населения, органами здравоохранения и органами образования в пределах их компетенции.

При выявлении случаев нарушения прав инвалидов в сфере социального обслуживания, предусмотренных законами, государственных стандартов качества социального обслуживания органы социальной защиты населения, выдавшие учреждениям социального обслуживания лицензию на профессиональную деятельность в сфере социального обслуживания, вправе приостанавливать ее действие. Вопрос об окончательном прекращении такой деятельности решается учредителями или собственниками учреждений социального обслуживания либо в судебном порядке.

Возможно, организация общественного контроля за деятельностью по предоставлению социальных услуг осуществляется общественными объединениями, занимающимися в соответствии с их учредительными документами вопросами защиты интересов граждан пожилого возраста и инвалидов.

Контроль за своевременной реализацией прав и интересов инвалидов осуществляют органы прокуратуры и суда. Надзор за исполнением законодательных актов, предоставляющих дополнительные права и льготы инвалидам, осуществляют Генеральный прокурор Российской Федерации и подчиненные ему прокуроры. Органы прокуратуры представляют собой средство быстрого реагирования на различного рода нарушения и своевременное устранение каких-либо нарушений. Однако они не имеют возможности принудительного исполнения принятых ими решений, за исключением случаев, когда нарушение прав инвалидов связано

одновременно с нарушением уголовного и административного законодательства. Тем не менее, в силу Указа Президента "О мерах по укреплению дисциплины в системе государственной службы" органы прокуратуры вправе обращаться к Президенту с требованием о применении мер взыскания, вплоть до освобождения от должности, к должностным лицам, уклоняющимся от выполнения федеральных законов, указов Президента и других нормативных актов.

Такой возможностью обладают только судебные органы. Действия или бездействие государственных органов, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц, повлекшие нарушения прав инвалидов, могут быть обжалованы в суд. Обращение суд в этом случае оформляется в виде жалобы, возмещение расходов, связанных с неисполнением законов, может производиться судом непосредственно при рассмотрении этой жалобы.

Кроме того, в случае обнаружение в ходе судебного разбирательства, что действия должностного лица подпадают под условия, предусмотренные другими законодательными актами, судья может принять решения о возможности привлечения его к уголовной или административной ответственности, а также указать лицу, обратившемуся за защитой своих прав, на привлечение допустившего нарушение лица к гражданско-правовой ответственности.

Действующее в настоящий момент законодательство не представляет собой застывшей структуры. Как на уровне федерации, так и на уровне нашей области разрабатываются целевые программы, направленные на защиту инвалидов (как категории граждан, в настоящий момент особо нуждающихся в социальной поддержке государства). Оказание поддержки инвалидам будет производиться не только в виде целевых денежных выплат и адресного предоставления каких-либо льгот имущественного характера, но и создание для инвалидов социальной инфраструктуры, удобной для проживания (оборудование жилых домов средствами, удобными для перемещения инвалидов, т.е. специальными подъездными дорожками, подъемниками; создание реабилитационных комплексов, оборудованных специальными спортивными тренажерами, бассейнами; адаптация средств индивидуального, городского и междугородного пассажирского общественного транспорта, связи и информатики; расширение производства вспомогательных технических средств и бытового оборудования).

Обеспечение в современных условиях занятости инвалидов должно осуществляться путем создания большего количества рабочих мест, специально оборудованных для осуществления трудовой деятельности инвалидом, увеличение доли квотирования рабочих мест на предприятии, предназначенных для приема на работу инвалидов. Дальнейшее совершенствование будет происходить и в системе социальной защиты.

Типы учреждений для детей-инвалидов

Система специальных коррекционных учебно-воспитательных учреждений создана с целью осуществления обучения, воспитания и лечения детей и подростков с различными отклонениями психофизического здоровья. Данная система является основой института специального образования детей и подростков с ограниченными возможностями. Реализация функций этого института (абилитационно-реабилитационная, корригирующая, компенсирующая, социально-бытовая, профессионально-трудовая) осуществляется посредством деятельности специальных коррекционно-реабилитационных учреждений. Выделяют следующие типы учреждений: *дома ребенка, детские дома, дома-интернаты, специальные детские сады и группы, школы и школы-интернаты, реабилитационные центры, профессионально-технические училища*¹.

1. *Специальные общеобразовательные школы-интернаты для глухих детей* решают задачи воспитания, общеобразовательной и трудовой подготовки глухих школьников, а также коррекции и компенсации недостатков их развития.

2. *Специальные общеобразовательные школы и школы-интернаты для слабослышащих и позднооглохших детей* осуществляют воспитание, общеобразовательную и трудовую подготовку, преодоление последствий снижения слуха и речевого недоразвития данной категории детей. Применяемые методы должны максимально стимулировать детей к активной речевой деятельности, развитию слухового восприятия и формированию навыков чтения с губ, чтения с лица.

При обоих типах учреждений возможно создание классов для детей с дефектами опорно-двигательного аппарата и интеллекта.

3. *Специальные общеобразовательные школы-интернаты для слепых детей.* В данных учреждениях воспитываются и обучаются тотально слепые дети или дети, имеющие минимальное остаточное зрение. Приоритетной задачей является сохранение и максимальное развитие остаточного зрения. Компенсация слепоты осуществляется за счет сохранных анализаторов. Абсолютно слепые дети пользуются в учебной работе тактильно-кинестетическим и слуховым способами восприятия учебного материала и ориентации в жизненном пространстве. Частично видящие дополнительно используют зрительный анализатор. Образовательные программы идентичны программам массовой школы, за исключением специальных программ по таким дисциплинам как физвоспитание, производственная подготовка, рельефное рисование и черчение.

4. *Специальные общеобразовательные школы и школы-интернаты для слабовидящих детей.* Кардинальным отличием данного

¹ Коррекционно - воспитательная работа в специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями слуха и интеллекта. М., 1990. С.11.

типа учреждений от предыдущего является направленность работы на компенсацию зрительных нарушений и восстановление неполноценного зрения в условиях щадящего режима, когда это возможно. Успех обучения и воспитания слабовидящих детей зависит от условий зрительной работы. В классах используется специальный учебный наглядный рельефный материал, пригодный для бисенсорного восприятия (с использованием зрения и осязания), аудиобиблиотеки (записи, например, художественных произведений или учебников на магнитных лентах, дисках), специальные оптические, технические средства («электронная лупа», преобразователи световых сигналов в звуковые и тактильные сигналы, телескопические очки) контактные линзы, диктофоны, «говорящие» калькуляторы) и методы обучения, ориентированные на коррекцию искаженных зрительных представлений детей. Школьное оборудование также приспособлено к индивидуальным и типологическим особенностям развития детей с учетом офтальмогигиенических требований: повышенное до 1500 люкс освещение дозирование зрительных нагрузок, возможность наклона крышки парты, учебники массовой школы с увеличенным шрифтом, тетради с особой разлиновкой (выпуклые разделители линий - барьеры). Наполняемость - 12 человек в классе. При данных видах учреждений возможно открытие одно-, двух или трехгодичных дошкольных отделений.

5. Логопедические учреждения для детей с речевыми нарушениями относятся к системе образования или здравоохранения. В поликлиниках организованы слухоречевые и логопедические кабинеты, обслуживающие детей дошкольного возраста и взрослых. Различные нарушения речи устраняются логопедами.

6. Специальные учреждения для детей с умственной отсталостью относятся к системе образования, здравоохранения и социальной защиты населения. В дошкольные учреждения (детские дома и сады) принимаются дети с диагнозом «олигофрения в степени дебильности неосложненной формы», в возрасте от 4 до 8 лет. Основная цель этих учреждений - физическое, умственное и нравственное развитие, а также подготовка к обучению в специальной образовательной коррекционной (вспомогательной) школе с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка. Вся коррекционно-компенсаторная работа направлена на преодоление и превенцию вторичных дефектов развития. Дети-дошкольники с глубокой степенью умственной отсталости (имбецильность), а также с умственной отсталостью, осложненной детским церебральным параличом, психопатией, болезнью Дауна, шизофренией направляются в учреждения системы социального обеспечения - специальные интернаты, дома-интернаты или в учреждения системы здравоохранения - специальные ясли, специальные психоневрологические санатории для детей с поражением ЦНС.

Для детей с умственной отсталостью школьного возраста открыты специальные образовательные коррекционные школы и школы-интернаты, где они за 8-9 лет могут освоить учебную программу, соответствующую по отдельным предметам 5-6 классу массовой школы, а также получить доступную специальность. Трудовое обучение занимает главное место в учебном плане и является разделом работы по социально-бытовой подготовке детей к самостоятельной жизни. Параллельно реализации процессов воспитания и обучения лечебно-оздоровительная работа квалифицированными специалистами - медиками.

Для детей с выраженными формами умственной отсталости (имбецильность, идиотия) в системе социального обеспечения существуют детские дома, где дети находятся с 4 до 18 лет. Дети с психическими заболеваниями, в зависимости от состояния помещаются в детские психоневрологические стационары или в детские отделения психиатрических больниц.

7. *Специальные общеобразовательные школы и школы-интернаты для детей с задержкой психического развития.* Обучение осуществляется в объеме восьмилетней массовой школы. Существует подготовительный (диагностический) класс. Наполняемость классов - 18-20 человек. Помимо учебно-воспитательной работы проводится комплексная лечебно-восстановительная, санитарно-гигиеническая и профилактическая работа, а также коррекционные групповые и индивидуальные занятия с целью преодоления недостатков психофизического развития, вызывающих неуспеваемость в массовой школе. На основе данных психолого-педагогического и клинического изучения детей реализуется принцип дифференцированного подхода. В конце каждого учебного года решается вопрос о возможности перевода в иной тип учебного учреждения каждого ребенка.

Помимо специальных школ для данной категории детей созданы классы коррекции, выравнивания при массовых школах, куда ребенок может переводиться на срок от 6 мес. до 1 года с целью повторного изучения, «наверстывания» не усвоенного учебного материала.

8. *Специальные детские сады и школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата* являются одновременно и образовательными и лечебно-оздоровительными учреждениями. Они делятся на 9-летние с подготовительным классом (учебная программа охватывает объем неполной средней школы) и 11-летние с подготовительным классом (учебная программа - в объеме средней школы). Обучение и воспитание ведется с учетом функционального состояния здоровья детей, их двигательных возможностей и медицинских рекомендаций. Лечебно-оздоровительную и реабилитационную работу проводят врачи: ортопед, психоневролог, педиатр, физиотерапевт, а также инструктор лечебной физкультуры, массажист, логопед.

Наполняемость классов - до 16 человек. Для умственно отсталых детей с ДЦП при школе организуются специальные классы.

9. *Социально-реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями* - осуществляют комплексную медикоментозную и физиотерапевтическую помощь, психолого-педагогическую и социокультурную реабилитацию, в первую очередь, детей-инвалидов от 3 до 18 лет. В штате имеются врачи, учителя и воспитатели, социальные педагоги, психологи, социальные работники. Проводится правовое консультирование родителей, имеющих детей-инвалидов. Одним из приоритетных направлений деятельности является работа с семьей нетипичного ребенка, ее консультирование, проведение тренинговых, психотерапевтических занятий.

Структура центров, имеющих статус опорно-экспериментальных учреждений Министерства труда и социального развития, чаще всего представлена следующими отделами¹:

- *диагностики и разработки программ социальной реабилитации;
- *медицинской реабилитации;
- *психолого-педагогической помощи;
- * правовой защиты;
- * социально-педагогический подразделение;
- *организационно-методический отдел.

Таким образом, эти учреждения являются многофункциональными. Они включают не только диагностические, развивающие, коррекционные и оздоровительные комплексы, но и творческие мастерские, направленные на развитие способностей «особых детей» в области ремесел, искусства, музыки, любви к природе, умения понимать окружающий мир и найти в нем место для себя.

11. *Специальные группы при профессиональных училищах и техникумах* для детей с умственной отсталостью, нарушениями в области отдельных анализаторов, опорно-двигательного аппарата, детей-сирот. Основная задача деятельности таких училищ состоит в профориентации подростков с ограниченными возможностями, помощь в овладении ими определенной доступной специальностью².

Помимо выше представленных учреждений существуют сугубо частные центры, школы, функционирующие на спонсорские деньги и ставящие своей целью -максимальное для каждого ребенка всестороннее развитие психофизических способностей и формирование навыков самообслуживания, а также оказание социокультурной помощи детям с сложными

¹ Ляпидиевская Г.В. О создании в России сети реабилитационных центров для Детей и подростков с ограниченными возможностями //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1997. №1 С.37.

² Социальная реабилитация дезадаптированных детей и подростков в специализированном учреждении / Под ред. Г.М. Иващенко. – М., 1996. С.14-17.

дефектами. Одной из особенностей таких объединений является внедрение инновационных психолого-педагогических технологий реабилитационного процесса.

Понятие социальной работы

Профессия социальной работы появилась в мире около ста лет назад, а у нас в стране – с 1991 года. Вопросы медико-социальной и трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями невозможно решить без участия социальных работников и специалистов социальной работы. В мире, в отличие от России, нет деления на социальных работников и специалистов. Профессиональных – то есть имеющих необходимое образование – специалистов называют социальными работниками (social workers), а тех работников, которые осуществляют более простые процедуры по уходу, называют домашними помощниками или персональными ассистентами. Далее мы будем говорить о *социальных работниках* как о профессиональных служащих социальных сервисов, имеющих степень бакалавра или диплом специалиста, и выполняющих обязанности специалиста социальной работы.

Социальные работники выступают посредниками между конкретным человеком, нуждающимся в каком-либо виде помощи, его семьей, другими специалистами, учреждениями и обществом в целом. Они соединяют в своей работе функции адвоката, социального терапевта и координатора всех услуг, необходимых ребенку, взрослому или всей семье. Примером участия социального работника в программе помощи семьям детей, имеющих ограниченные возможности, является система ранней интервенции, объединяющая в США усилия различных специалистов и самих родителей.

Открытые в городах России Центры реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями отличает то, что в них собраны многие специалисты, ведется сотрудничество с научно-исследовательскими коллективами. В основе реабилитации – принцип "работы в команде", состоящей из социальных работников, педагогов, медиков, психологов.

Наиболее простое определение: социальная работа – это профессиональная деятельность по осуществлению позитивных изменений в жизни индивида, группы или сообщества. На ежегодной встрече Международной Федерации социальных работников в Женеве 10–12 июля 2002 года было принято следующее определение:

Профессия социальной работы способствует социальным изменениям, решениям проблем в отношениях между людьми, мобилизации и освобождению индивидов и групп ради гарантии их благополучия. При-

меня теории человеческого поведения и социальных систем, социальная работа вмешивается в отношения людей с их окружением. Фундаментальными для социальной работы являются принципы прав человека и социальной справедливости.

Социальная работа как профессия основана на соблюдении государством, профессионалом и организацией прав человека, знании и использовании социального законодательства своего государства, действия в интересах клиента и на благо общества. Миссия социальной работы состоит в том, чтобы люди были в состоянии реализовать свой потенциал, вести полную, насыщенную жизнь, чтобы предотвратить дисфункции социальных отношений.

Эта профессия является взаимосвязанной системой ценностей, теории и практики, и поскольку она формировалась в согласии с идеалами гуманизма и демократии, профессиональный этический кодекс основан на ценностях уважения равенства и человеческого достоинства. Понятие «профессионализм» предполагает наличие у специалиста теоретической и практической подготовки, оформленной дипломом или сертификатами, деятельность во имя общественного блага, принадлежность к профессиональной ассоциации, следование принятому в этой ассоциации кодексу этики, а также профессиональное самосознание.

В систему знаний и навыков современного профессионала социальной работы должна органически входить теоретическая и прикладная информация относительно гендерных особенностей социализации, переживания жизненных трудностей и специализированной помощи конкретным клиентам. Ставя в центр своего внимания социально уязвимые и слабо защищенные слои населения, социальные работники предпринимают действия ради защиты прав человека и достижения социальной справедливости, чтобы уменьшить бедность, освободить зависимых и угнетенных, соблюсти принципы социального включения и права человека.

Социальные работники для решения проблем клиентов прибегают к возможностям местных сообществ, общественных организаций, так как рассматривают эти проблемы как социальные. В социальном обслуживании инвалидов необходимо применять принцип партнерства, который позволяет в полной мере опираться на мнение, возможности и позиции самих клиентов и их окружения.

- Старайтесь оценивать ситуацию с учетом мнений самих инвалидов
- Избегайте высказывать предположения о том, как чувствуют



Какие особенности семей с детьми-инвалидами нужно учитывать в социальном обслуживании?

Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного контекста, в котором живет человек, - семьи, дома-интерната, социального окружения в целом. Инвалидность, ограниченные возможности человека не относятся к разряду чисто медицинских явлений. Вот почему технологии помощи инвалидам - взрослым или детям - основываются на социально-экологической модели социальной работы. Согласно этому подходу, люди с ограниченными возможностями имеют функциональные затруднения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности физического и социального окружения к их специальным потребностям, из-за предрассудков общества в отношении к инвалидам.

Если внимательно посмотреть на то, как определяет данную проблему Федеральный закон РФ и Всемирная организация здравоохранения, то получится следующая картина: структурные нарушения, видимые или распознаваемые медицинской диагностической аппаратурой, могут привести к утрате или несовершенству навыков, необходимых для некоторых видов деятельности, что при соответствующих условиях будет способствовать социальной дезадаптации, неуспешной или замедленной социализации. Например, ребенок, имеющий диагноз «церебральный паралич», при отсутствии специальных приспособлений, упражнений и лечения, может испытывать серьезные затруднения с передвижением. Это, в свою очередь, усугубляемое неумением и нежеланием других людей общаться с таким ребенком, уже в детском возрасте приведет к его социальной депривации, затормозит выработку навыков, необходимых для общения со сверстниками или взрослыми.

Семья, как известно, является для ребенка наименее ограничивающим, наиболее мягким типом социального окружения. Однако ситуация, когда в семье есть ребенок-инвалид, может повлиять на создание более жесткого окружения, необходимого членам семьи для выполнения своих

функций. Более того, вполне вероятно, что присутствие ребенка с нарушениями развития вкупе с другими факторами может изменить самоопределение семьи, сократить возможности для заработка, отдыха, социальной активности. Поэтому те задания, которые родители получают от специалистов, должны не только усиливать нагрузку на одну функцию семьи, но и оказывать положительное влияние на работу остальных функций.

Потребности семьи

Хотя в жизни всех семей можно найти что-то общее, родители нетипичных детей переживают особенные события, подчас неожиданные, долговременные, которые вызывают сильнейшие стрессы. Вполне вероятно, что присутствие ребенка с нарушениями развития вкупе с другими факторами может существенно изменить жизнь семьи, сократить возможности для заработка, контакты с друзьями и отдых. Задача социального работника - абилитировать, то есть усилить семью, помочь ей найти выход из критической ситуации.

Становление новой системы профессиональной поддержки сопровождается изменением отношения общества к детям с нарушениями развития. Во всем мире семьи детей-инвалидов имеют в чем-то сходные затруднения и потребности, но помощь, оказываемая каждой семье, всегда планируется индивидуально.

В исследовании кафедры социальной работы Саратовского технического университета и Областного реабилитационного центра в 1990-е годы выяснялись потребности семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Расходы на питание, жилье, медицинские услуги, одежду и транспорт представляют самую первую, насущную потребность семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Столь же остро для родителей стоит вопрос информации об услугах, которые ребенок мог бы получать в будущем. В-третьих, семье нужно знать доктора, который понимал бы как родителей, так и ребенка. На четвертом месте - консультации с психологом, врачом, социальным работником, другими специалистами.

Для родителей чрезвычайно важно также решить вопросы, связанные с восстановлением физических и моральных сил семьи: как отдохнуть всей семьей или получить возможность передышки для родителей, а ребенку с пользой провести свободное время. Следующая важная проблема - получение информации о состоянии здоровья ребенка. Информация об услугах, которые ребенок может получить уже сегодня, необходима более 60% родителей. Поиск дантиста для ребенка, возможность уделить больше времени самому себе и информация о том, чему и как учить ребенка - потребности, которые завершают список первых десяти вариантов, набравших наибольшее количество ответов.

В следующую десятку вошли такие потребности как информация о том, как повлиять на поведение ребенка, психологическая помощь семье, встречи с другими родителями. Родителям необходимо больше времени разговаривать с учителем ребенка, оплачивать дневной уход и другие услуги для ребенка, иметь книги и другие источники чтения о семьях с подобными проблемами, получать помощь в объяснении с супругом или супругой по поводу состояния ребенка, найти дошкольное учреждение или дневной уход за ребенком, консультации службы занятости о получении работы, найти друзей, чтобы с ними разговаривать. Наконец, потребности, получившие от 1/3 до 1/6 голосов - это информация о том, как растут и развиваются дети, расходы на игры, необходимые ребенку, распределить семейные обязанности, знать, как реагировать на вопросы окружающих, информация о том, как играть и разговаривать с ребенком, знать, как объяснить состояние ребенка в семье, уметь разрешать семейные проблемы и противоречия, ходить в церковь и встречаться со священником.

При сравнении ответов американских, китайских, российских и шведских родителей (исследования проводились по одной и той же методике) выяснилось, что набор основных потребностей семьи ребенка с ограниченными возможностями во многом универсален. Нужно сказать, что потребности информационного и финансового характера повторяются. В то же время, потребность в информации о том, чему и как учить ребенка, как управляться с его поведением, так же как и потребность в книгах и других источниках чтения о семьях с подобными проблемами чаще отмечается родителями Китая, США и Швеции, чем россиянами. Консультации с социальным работником, психологом, другими специалистами - позиция, получившая высокий ранг у российских родителей, но не вошедшая в число первых десяти альтернатив в Китае, США и Швеции.

Потребность встреч и бесед с другими родителями осознается в числе первых лишь в США, что вполне объяснимо, ведь система поддержки в этой стране обязательно включает в себя негосударственные организации, группы самопомощи, волонтерство: по статистике, более 75% взрослых американцев входят по крайней мере в одну добровольческую группу. Отметим, что такие группы самопомощи или добровольческие инициативы зачастую включает профессионала - психолога, социального работника, направляющего и организующего те или иные формы поддержки.

Важность социальной поддержки

По результатам другого исследования видно, что чем выше уровень образования родителей, тем больше они уверены в том, что присутствие в их семье ребенка с ограниченными возможностями развивает терпи-

мость, мягкость и сближает членов семьи. Чем старше ребенок, тем больше испытаний выпадает всей семье, в то же время система услуг несовершенна и не может существенным образом облегчить положение семьи. Поэтому родители дошкольников в меньшей степени по сравнению с родителями школьников убеждены в том, что они навеки приняли на себя ношу забот о ребенке с ограниченными возможностями.

Женщины в том же исследовании более, чем мужчины, испытывают чувство вины за то, что не удастся вылечить ребенка: 34% против 11%. Кроме того, женщины гораздо чаще, чем мужчины, и воспринимают себя в качестве основных лиц, заботящихся о ребенке: 83% женщин и 44% мужчин убеждены в том, что им всегда придется заботиться о ребенке-инвалиде. Очевидно, что здесь срабатывают стереотипы распределения ролей в семье. Эти стереотипы делают семейную структуру жесткой: например, мужчина ни за что не будет помогать женщине по дому только потому, что он - мужчина. Другой крайностью может служить пример Восточных культур (например, во Вьетнаме, Китае), где традиционно считается, что лучшим воспитателем является мужчина, а женщину нужно как можно меньше допускать к ребенку. Такие убеждения существуют не только на уровне обыденного сознания, но и на теоретическом уровне. Например, теория материнского инстинкта утверждает, что лишь мать может заниматься младенцем и ребенком, потому что таково ее природное предназначение. Этот подход сегодня уже не только критикуется представительницами феминизма, но и преодолевается социальной практикой демократических государств, например, через законодательство о праве мужчин на отпуск по уходу за ребенком.

В целом по исследованию 86% родителей уверены в том, что присутствие ребенка с ограниченными возможностями настраивает их семью на большую чуткость и взаимопомощь, 77% опрошенных считают, что им всегда придется заботиться о своем ребенке с ограниченными возможностями. В том, что они могут сделать многое для развития ребенка, уверены лишь 16% родителей, 31% ответили отрицательно, 53% не уверены в своих силах. С высказыванием "Мы окружены поддержкой и заботой" полностью согласны только 12% опрошенных, 49% не уверены, 39% не согласны. Что касается уверенности в стабильной экономической ситуации своей семьи, таковая имеется лишь у 5% родителей детей с ограниченными возможностями.

Отношение к стрессовой ситуации сильно влияет на то, какой путь избирает семья. Большая роль здесь принадлежит культурному стилю семьи, который может зависеть от этнических, религиозных или социально-экономических факторов. В свою очередь, культурный стиль влияет на то, как семья воспринимает ситуацию, когда развитие ребенка нарушено, как семья приспосабливается к этой ситуации, а также на спо-

способность семьи запросить и получить помощь, на уровень доверия к социальному окружению.

С другой стороны, ребенок может изменить систему семейных ценностей: такая семья может преодолеть свои прежние убеждения и представления о людях с физическими или психическими недостатками. Основная линия поведения в ситуации кризиса связана с жизненной философией семьи: например, "Мы владеем ситуацией, несмотря ни на что" или "Будь что будет, все равно от судьбы не уйдешь". Фатализм, вера в судьбу может сформировать пассивность в отношении лечения, образования и включения ребенка в общество. Но фаталистические настроения могут быть и следствием стрессовой ситуации, когда у семьи оказывается недостаточно сил для того, чтобы справиться, выйти из кризиса.

Ориентация семьи во многом есть производная от отношения к ребенку со стороны как непосредственного, так и более широкого социального окружения. То, как родителям удалось организовать взаимоотношения со специалистами, работающими с их ребенком, также влияет на ориентацию семьи в ситуации кризиса. Оптимальным является вариант, когда родители и специалисты выступают как коллеги, партнеры, имеющие общую цель - развитие ребенка. В том случае, когда некомпетентность и черствость специалистов, работающих с ребенком, усиливают отчуждение семьи от профессиональной поддержки, это сказывается на замкнутости, изолированности семейной системы от социального окружения.

Социальная поддержка может служить медиатором или буфером в случае, когда семья имеет дело со стрессовой ситуацией. Социальный работник может способствовать активизации ресурсов социальной поддержки на трех уровнях: родственной (например, супружеской), дружеской, соседской. Исследования показывают, что матери, имеющие широкую социальную поддержку, более позитивны в поведении и отношении к своим детям-инвалидам, причем супружеская поддержка является фактором, дающим самый мощный позитивный эффект.

«Цикл жизни» семьи

Для социального работника важно знать, что особенности жизненного стиля каждой семьи видоизменяются с течением времени. Претерпевают изменения и семейные взаимоотношения. Молодая семья не так справляется с превратностями судьбы, как это удастся семье зрелой. Возраст членов семьи - тоже весомая характеристика семейной жизни. Семья, в которой есть подросток, переживает совсем другие события и волнуется по иному поводу в сравнении с семьей, где только что появился новорожденный.

В иных семьях одни и те же события могут продлеваться или возникать снова и снова на протяжении всей жизни ребенка. Примером может

быть семья ребенка с хроническим заболеванием, которое не прекращает держать семью в состоянии стресса. Некоторые дети медленнее приобретают такие качества характера, как самостоятельность, медленнее достигают определенных возрастных этапов, а иногда дети могут вовсе не достичь их. Когда подходит критический период в развитии ребенка, родители могут вновь и вновь переживать чувства беспокойства, разочарования и неуверенности.

Вследствие природы и степени тяжести детского заболевания семьи детей-инвалидов должны быть готовы к переживанию особых событий. Этот опыт неповторим в случае каждой конкретной семьи. Тем не менее установлено, что особенно тяжело переживаются родителями детей с нарушениями развития следующие шесть периодов:

1. Столкновение, или встреча с заболеванием - получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи. Характером заболевания в основном определяется время, когда родители узнают о нем. Генетические отклонения - такие, как синдром Дауна, - становятся очевидными вскоре после рождения, и родители рано оказываются осведомленными о состоянии своего ребенка. Такие состояния, как глухота, нарушения речи или трудности с обучением, могут не диагностироваться до тех пор, пока ребенок не станет старше.

Кроме того, семьи могут столкнуться с инвалидностью, происшедшей по причине несчастного случая или тяжелой болезни с подростком. Получение подтверждения серьезной или хронической проблемы здоровья в большинстве случаев вызывает кризис, и семья начинает активизировать имеющиеся ресурсы. Первой реакцией могут быть шок, разочарование, депрессия, после чего семья переживает достаточно предсказуемые этапы привыкания. Очень интенсивны в это время контакты с медиками. В это же время очень важны содержание и характер контактов с другими родственниками, особенно со старшим поколением родителей.

2. Раннее детское развитие. Развитие ребенка в первые годы жизни может стать испытанием для любой семьи, поскольку родители с волнением наблюдают за тем, насколько успешно их ребенок достигает определенных ступеней, той нормы, которая известна для большинства здоровых детей того или иного возраста. Хронический или эпизодический характер нарушений и то, как это воспринимается семьей, образуют важнейший смысл первых лет развития ребенка. Тип и степень тяжести заболевания ребенка могут сыграть определяющую роль в формировании семейных перцепции и поведения.

Встречи с другими родителями, происходящие в специальных детских садах, реабилитационных центрах, также могут способствовать углублению кризиса по следующим причинам: • семья видит более

старших детей с диагнозом, подобным диагнозу их собственного ребенка, и задает себе вопрос, станет ли их ребенок таким, когда подрастет • семья осознает, что услуги, необходимые ребенку, могут представлять собой значительные финансовые и временные затраты • те семьи, которые делятся своим опытом с другими, убеждаются в том, что им, возможно, предстоит приложить немало усилий, чтобы добиться для своего ребенка необходимых услуг, что потребует дополнительных семейных ресурсов • члены семьи узнают, что именно они чаще всего рассматриваются обществом как источник долговременной заботы и образования для своего ребенка.

3. Поступление в школу - уточнение формы обучения ребенка (в обычной или специальной школе), переживание реакций группы сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности ребенка. Ощутимой критической точкой может стать момент, когда родители убеждаются, что их ребенок не в состоянии обучаться в обычной школе, но нуждается в специальной программе. Этот период также может быть тяжелым для других детей в семье, поскольку их одноклассники будут узнавать о брате или сестре с ограниченными возможностями. В это время семья как бы "выходит на публику", поскольку ребенок все больше начинает осваивать внешний мир. Наконец, в этот период родители достаточно четко начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования и профессиональной карьеры их ребенка. Важно отметить, что характер и степень затруднений, переживаемых родителями, зависят от типа нарушения (так, привыкание может пройти относительно спокойно, если ребенок имеет нарушения физического развития средней тяжести) и готовности школьной системы обеспечить адекватное образование и адаптацию детей со специальными нуждами.

4. Подростковый возраст - привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, планирование будущей занятости ребенка. Начало подростничества отмечено тенденцией детей обособиться от родителей. В это время взрослеющие дети переживают значительные изменения, смятение и двойственность. Это время может оказаться наполненным болезненными напоминаниями о том, что ребенку не удастся успешно завершить переход в следующий этап жизненного цикла - он продолжает оставаться зависимым от своих родителей. То, как ребенок воспринимается сверстниками, весьма остро переживается всеми членами семьи, поскольку определяет степень отчуждения и изоляции, ощущаемых подростком.

5. Начало взрослой жизни - привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи - инвалида. Образование дает много возможностей как ребенку, так и родителям. Ребенок приобретает знания и навыки, развивается его уверенность и чувство независимости. Родители получают необходимую передышку. Когда период обучения завершен, семье предстоит принять решение. Необнадеживающая перспектива занятости инвалидов и недостаточные ресурсы для их самостоятельного проживания оставляют семье небольшой выбор альтернатив и вызывают глубокую озабоченность и тревогу родителей в этот период.

6. Взрослая жизнь - перестройка взаимоотношений между супругами (например, если выросший ребенок теперь живет вне семьи), и взаимодействие со специалистами по месту его проживания. Семья беспокоится в этот период о том, где проживает повзрослевший член семьи с ограниченными возможностями, и качеством ухода. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут контролировать качество заботы о их ребенке. Особенно важную роль в это время, как и в другие периоды развития семьи, играют все члены семьи, система услуг и социальные работники, которые могут помочь семье осуществить планы трудовой деятельности, отдыха и жилищного устройства для инвалида.

Конечно, к некоторым семьям вообще невозможно применить эту схему, связанную с периодами развития, поскольку одни и те же события, которые вызывают стрессы и трудности, могут продлеваться или возникать снова и снова на протяжении всей жизни ребенка. К тому же наличие и качество социальной поддержки может усилить или смягчить воздействие затруднительной ситуации.

Для того, чтобы социальный работник мог помочь облегчить воздействие этих критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности возрастного развития ребенка и того, как развиваются семейные отношения. Важно помнить о том, что физическое, социальное и эмоциональное существование членов семьи является чрезвычайно взаимозависимым, и если возникают нарушения во взаимоотношениях или ухудшается здоровье одних членов семьи, это моментально вызывает изменения в жизни других.

Семья нетипичного ребенка оказывается сегодня в центре внимания институтов здравоохранения, образования, социальной защиты. В то же время медицинских, образовательных и социальных услуг может быть недостаточно для того, чтобы помочь семье справиться с испытаниями.

Семья контактирует с другими людьми, семьями, учреждениями и организациями. Замкнутость или открытость семьи для взаимоотношений с внешним миром сильно влияет на то, как семья справляется со своими проблемами. Примером может служить ситуация, в которой семья с ребенком-инвалидом замкнута для получения поддержки от других семей с подобными проблемами, групп поддержки, социальных агентств или других источников помощи.

Контакты семьи с широким окружением (соседями, прохожими, детьми во дворе, сотрудниками, профессиональными работниками различного рода), встречи с семьями, имеющими подобные проблемы, а также отношение общества к инвалидам в самом общем смысле могут сыграть позитивную роль в жизни семьи. Если же социальное окружение отвергает ребенка, то семье приходится растить детей в одиночестве. Немаловажно и то, что в современных условиях семье зачастую бывает трудно получить необходимую информацию, сориентироваться в новом законодательстве, выбрать подходящую образовательную или оздоровительную программу для ребенка, своевременно пройти обследование, защитить свои собственные права и права ребенка.

Порой родители испытывают разочарование, наталкиваясь на некомпетентность или жесткость в общении со специалистом. В этом случае важно уметь защитить себя от разрушительного влияния людской черствости, сохранить в себе стремление помочь своему ребенку и доверие к специалистам.

Одна из главных задач взаимодействия социального работника и родителей на сегодня - сделать информацию и услуги доступными для семьи, а само общение родителей со специалистами - позитивным, то есть нацеленным на достижение взаимопонимания. Как этого достичь - вопрос, который решается каждой семьей по-своему, в зависимости от доступности услуг и информации, от готовности семьи работать вместе со специалистами и своим ребенком.

Наличие социальной поддержки может смягчить воздействие стрессовой ситуации на семью: поощряйте активность семьи и ее открытость к взаимодействию.

Семье могут понадобиться очень простые, но эффективные способы улучшения уровня подготовленности ребенка к обучению, небольшие практические советы, как выбрать детский сад или школу, что должно представлять собой взаимодействие семьи со специалистами, как достичь взаимопонимания в семье.



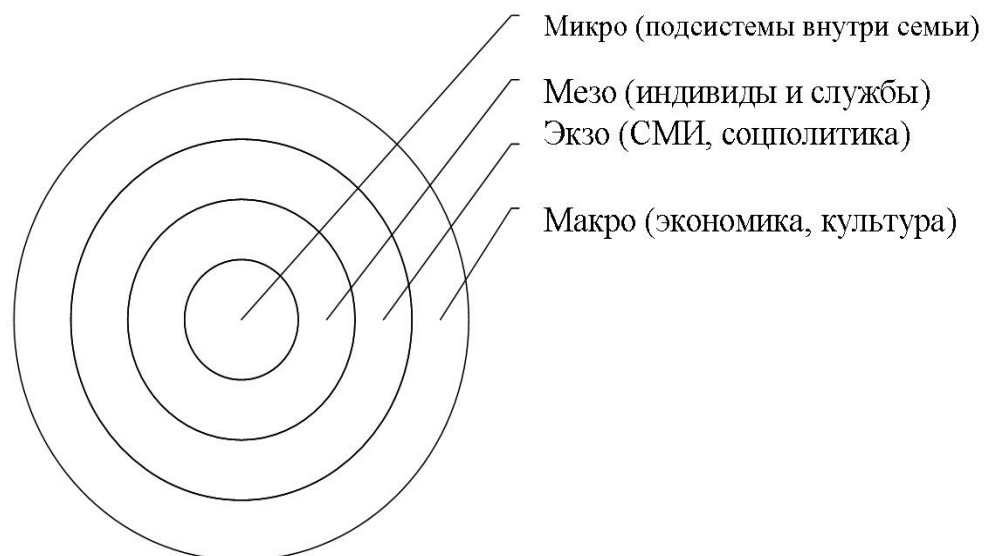
Когда ваш разговор с семьей зайдет о том, как создать благоприятные условия для развития ребенка и его отношений с окружающими в различные периоды жизни, подключите к беседе психолога, педагога, психотерапевта. Объясните семье задачи психолого-медико-педагогической комиссии и то, как происходит участие родителей в ее работе.

Вопросы медико-социальной и трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями невозможно решить без участия социальных работников. Социальный работник выступает посредником между конкретным человеком, нуждающимся в каком-либо виде помощи, его семьей, другими специалистами, учреждениями и обществом в целом. В этой профессии объединены функции адвоката, социального терапевта и координатора услуг, необходимых ребенку, взрослому или всей семье.

Системный подход в социальной работе

с инвалидами

Системная модель социальной работы применима к социальному обслуживанию инвалида. Чтобы понять принципы системного подхода, рассмотрим четыре уровня, на которых необходимо решать проблемы инвалидности: микросистема, мезосистема, экзосистема и макросистема.



Системный подход к инвалидности

Микросистему образуют типы ролей и межличностных взаимоотношений в семье. Микросистема состоит из следующих подсистем: мать/отец, мать/ребенок-инвалид, мать/здоровый ребенок, отец/здоровый ребенок, ребенок-инвалид/здоровый ребенок.

- Микросистема – типы ролей и межличностных взаимоотношений в ближайшем окружении – как правило, это семья.
- Микросистема функционирует в контексте мезосистемы – это индивиды, службы и организации, активно взаимодействующие с семьей: работники здравоохранения, расширенная семья, друзья, соседи, знакомые по работе и отдыху, специальные реабилитационные или образовательные программы, другие родители, группы поддержки.
- В экзосистему входят те институты, в которые семья может не включаться непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью: СМИ; система здравоохранения; система социальной защиты; образования; занятости.
- Макросистема включает ценности культуры, традиции, этнонациональные и религиозные представления, отношение к инвалидам в обществе; общие социально-экономические и политические факторы, а также международное влияние.

С этой точки зрения проблемы, возникающие в семьях с детьми-инвалидами, можно рассматривать как попадающие в ту или иную подсистему внутрисемейных контактов:

1. Мать/отец. Индивидуальные проблемы родителей, их брака до рождения больного ребенка; проблемы принятия, возникающие после рождения ребенка-инвалида.

2. Мать/ребенок-инвалид. Матери по традиции приходится иметь дело с депрессией, чувством вины и самобичеванием.

3. Мать/другой ребенок. Мать должна считаться с тем, сколько внимания она уделяет здоровому ребенку, удерживаться от того, чтобы обременять здорового ребенка чрезмерной ответственностью и заботой о ребенке с нарушением развития.

4. Отец/ребенок-инвалид. Вопрос в этой подсистеме состоит в том, насколько включен отец в общение с больным ребенком и в семью в целом или он отсутствует психологически и инструментально.

5. Отец/другой ребенок. Потенциальное проблемное поле сходно с тем, что возникает в подсистеме мать/здоровый ребенок.

6. Ребенок-инвалид/другой ребенок. Братья и сестры больного ребенка сталкиваются с чувствами вины, стыда и страха "заразиться" той же болезнью; ребенок-инвалид стремится "поработить" брата или сестру;

дети формируют нормальное амбивалентное отношение к брату или сестре с ограниченными возможностями.

Микросистема функционирует в контексте *мезосистемы*, включающей широкий спектр подсистем, в которых участвует семья. Образования уровня мезосистемы - это индивиды, службы и организации, активно взаимодействующие с семьей: работники здравоохранения, расширенная семья, друзья, соседи, знакомые по работе и отдыху, специальные реабилитационные или образовательные программы, другие родители, общественные организации.

Значительная социальная, психологическая и практическая помощь может быть оказана семьям детей-инвалидов группами поддержки; такие группы также могут защищать права семей, оказывая влияние на социальную политику, выходя с инициативами на легитимные органы. Наличие сети услуг по месту жительства может стать бесценной поддержкой, но уровень доступности и качество услуг в различных регионах неодинаковы.

В *экзосистему* входят те институты, в которые семья может не включаться непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью:

- средства массовой информации влияют на формирование установок к нетипичным людям, например, инвалиды могут быть представлены как жалкие, несчастные существа, недееспособные и нежеланные или как компетентные, уверенные, приятные и надежные личности;

- система здравоохранения. Семьи детей с серьезными нарушениями физического здоровья в значительной степени зависят от системы здравоохранения.

- система социального обеспечения. Для большинства семей с ребенком-инвалидом в современной России финансовая и другая поддержка правительства являются весьма существенными.

- образование. Содержание и качество образовательных программ определяют характер взаимоотношений родителей и школы, доступность и форму образования, степень оказываемой родителям помощи и уровень независимости семьи от ребенка с ограниченными возможностями.

Наконец, *макросистема*, в которой рассматриваются:

- социокультурные и социально-экономические факторы. Социокультурные факторы, этнические и конфессиональные ценности, отношение широкого социального окружения формируют точку зрения, с которой члены семьи смотрят на инвалидность своего ребенка. Эти же факторы определяют семейный выбор по участию в системе услуг. Со-

циально-экономический статус семьи может определять или отражать характер и уровень ресурсов семьи.

•экономический и политический факторы. Состояние экономики и политическая атмосфера региона или страны в целом оказывают большое воздействие на программы для инвалидов и их семей.

Технологии социальной работы с инвалидами

А. По функциям применения следует выделить следующие технологии:

- психологические (воздействующие на психологические процессы, состояния, функции)
- социально-психологические (изменяющие процессы в системе человек - группа)
- медико-социальные (влияющие на физическое состояние и связанные с ним социальные аспекты существования человека)
- финансово-экономические (позволяющие обеспечить нуждающихся пособиями, льготами и другими материальными ресурсами)

Б. По области применения выделяются следующие технологии:

- диагностика (установление социальной проблемы, выявление причины и поиск способов ее решения, сбор информации)
- коррекция (изменение социального статуса, экономического, культурного уровня, ценностей, ориентаций клиента)
- реабилитация (помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил клиента)
- профилактика (предупреждение социальных и индивидуальных рисков)
- адаптация (облегчение вхождения индивида в сравнительно незнакомое общество или культурную систему; ср.: реадаптация)

Технологии социальной реабилитации включают совокупность приемов и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребенка с инвалидностью. Рассмотрим конкретные технологические задачи реабилитации детей-инвалидов и специфику некоторых приемов и методов, включенных в реабилитационную деятельность.

Различают следующие формы реабилитации, взаимосвязанные между собой:

- медицинская реабилитация. Она направлена на восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции или на возможное замедление заболевания.

- психологическая реабилитация. Это воздействие на психическую сферу инвалида, направленное на развитие и коррекцию индивидуально – психологических особенностей личности.
- педагогическая реабилитация. Под этим понимается комплекс мероприятий воспитательного характера в отношении детей, направленных на то, чтобы ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование. Важно выработать у ребенка психологическую уверенность в собственной полноценности и сформировать правильную профессиональную ориентацию.
- социально-экономическая реабилитация. Под ней понимается комплекс мероприятий по обеспечению инвалида необходимым и удобным жилищем, денежному обеспечению и т.п.
- профессиональная реабилитация, которая предусматривает обучение инвалида доступным видам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями, помощь в трудоустройстве.
- бытовая реабилитация, обеспечивающая предоставление необходимых протезов, личных средств передвижения дома и на улице, других приспособлений, позволяющих индивиду стать достаточно самостоятельным в быту.
- спортивная и творческая реабилитация. Данные формы реабилитации активно стали разрабатываться в последнее время, и следует отметить большую их эффективность. С помощью спортивных мероприятий, а также восприятия художественных произведений, активного участия в художественной деятельности у детей укрепляется физическое и психическое здоровье, исчезает депрессия, ощущение своей неполноценности. Кроме того, совместное участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет здоровым детям преодолеть психологические барьеры, предубеждение по отношению к детям-инвалидам.
- социальная реабилитация. Она включает в себя и меры по социальной поддержке, то есть выплаты родителям пособий и пенсий, надбавок по уходу за ребенком, оказание натуральной помощи, предоставление льгот, обеспечение специальными техническими средствами, протезирование, налоговые льготы.

Технологии реабилитации детей-инвалидов предполагают обязательное включение родителей в реабилитационные мероприятия, посещение родителями занятий по обучению основам социально-медицинской реабилитации, собраний родителей, с целью конкретизации дальнейшей работы с ребенком в домашних условиях. Таким образом,

идет совместное обучение детей и родителей умениям и навыкам независимой жизни.

В соответствии с задачей полноценной и комплексной реабилитации детей можно рассмотреть психолого-педагогическую, социально-правовую, социально-медицинскую работу. К основным направлениям психолого-педагогической работы относятся диагностика уровня психического развития и навыков ребенка; составление индивидуальной комплексной программы реабилитации и своевременная ее корректировка; организация и проведение логопедической, учебной и трудовой деятельности, а также социально-бытовой ориентации; психологическое консультирование родителей; обучение родителей основам реабилитации; освоение и внедрение новых педагогических и социальных технологий; определение критериев эффективности реабилитации; разработка методик для социально-бытовой ориентации.

Основными функциями социально-правовой реабилитации является: осуществление связи с учреждениями социальной защиты с целью активизации социального потенциала семьи и ребенка; сбор информации и формирование банка данных о детях с ограниченными возможностями и их семьях; правовая помощь родителям в разъяснении вопросов законодательства; организация всех форм патронажа семьи, выездов специалистов в районы, области с целью оказания консультативной помощи семье и ребенку, а также работникам местных органов исполнительной власти; привлечение учреждений культуры, спортивных и религиозных организаций для интеграции детей в общество; консультации юриста.

В задачу социально-медицинской работы входят: осуществление психодиагностики ребенка с целью прогноза возможностей его реабилитации и определения его реабилитационного потенциала; составление карт комплексной реабилитации детей; оказание стационарной амбулаторной и патронажной помощи; проведение диагностических мероприятий; организация необходимой консультативной помощи специалистов; внедрение и использование новых высокоэффективных технологий реабилитации. Отдельную пользу приносят уроки социально-бытовой ориентировки. Важным в коррекционной работе является одновременное воздействие на двигательную и речевую системы дифференцированно, в зависимости от форм и степени нарушений.

Реабилитационная работа строится на основе программы реабилитации. Программа реабилитации - это система мероприятий, направленная на развитие возможностей ребенка и всей его семьи, которая разрабатывается вместе с родителями и специалистами: врачом, педагогом, психологом и социальным работником, организующим и координирующим ее. Реабилитационная работа в соответствии с решениями специалистов, членов семьи и самого ребенка-инвалида может строиться на основе выбранных методов, например:

- психотерапия;
- игротерапия;
- библиотерапия;
- музыкотерапия;
- куклотерапия;
- хобби-терапия;
- гарденотерапия;
- элементы анималотерапии и др. не менее эффективные методы.

Важной задачей психотерапии детей с особенностями развития является развитие у них чувства уверенности в своих силах, воспитание социальных, трудовых и эстетических установок. Наиболее эффективными направлениями психотерапии являются те виды, которые предполагают активную, внешне проигрываемую деятельность самого ребенка. **Игротерапия** - наиболее распространенный метод работы с детьми.

Известно, как велика тяга ребенка к природным материалам: воде, песку, веточкам, камешкам и т.д. Игры с ними способствуют снятию напряжения, раздражения, возбудимости. «Для коррекционных целей специалисты используют сюжетно-ролевые игры. В таких играх ярко проявляются эмоциональные отношения ребенка к людям и предметам. Этот метод основывается на принципе, заключающемся в необходимости позволить ребенку отреагировать, изжить отрицательные эмоции, а затем помочь изменить их на противоположные, положительные действия и поступки, сопровождающиеся положительными эмоциональными переживаниями».¹

Арттерапевтическое рисование (**изотерапия**) способствует освобождению от внутреннего напряжения. Могут применяться такие приемы, как рисование красками с помощью пальцев на больших листах бумаги, рисование мелом на асфальте и т.д. На эмоциональное состояние детей благоприятное воздействие оказывает **музыкотерапия**, в частности, вокал. Он способствует стабилизации эмоционального состояния и т.д. Пение, игра на музыкальных инструментах помогают самоутвердиться, повысить самооценку. Музыка способствует созданию благоприятного фона и для других видов терапии. Метод **хобби-терапии** способствует расширению сознания и совершенствованию взаимодействия с окружающим миром. Здесь ребенок может попробовать свои силы в различных видах деятельности: макраме, рисование, вязание, изготовление игрушек, поделок, флористике, цветоводстве, пении, танцах, спорте, кукольном театре. При этом выбор того или иного вида деятельности не навязывается ребенку, а основывается на его психологических особенностях, склонностях к тому или иному виду деятельности. **Гарденотерапия** – это направление в социальной и трудовой реабилитации при по-

¹ Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. М, 2000. С.36

мощи и общении детей при работе в саду, к выращиванию цветов и растений по собственному выбору. Педагог объясняет детям, для чего предназначены те или иные растения, какие конкретно условия им необходимы, помогает посадить и ухаживать за ними. Тогда как гарденотерапия – это работа с растениями, то анимало- или **зоотерапия** – это система лечения общением с животными. Общение с животными стимулирует у ребенка желание и умение слушать, учиться трудиться и дает возможность осознать собственный опыт, обрести уверенность в себе. При этом самым ценным личностным сдвигом, можно считать пробуждающийся у ребенка активный интерес к жизни, стремление преодолеть недуг, осознание своей неполноценности. Наиболее подходящими для анималотерапии, конечно, являются кошки, собаки, волнистые попугайчики, морские свинки (См. Программу реабилитации в Приложении 10).

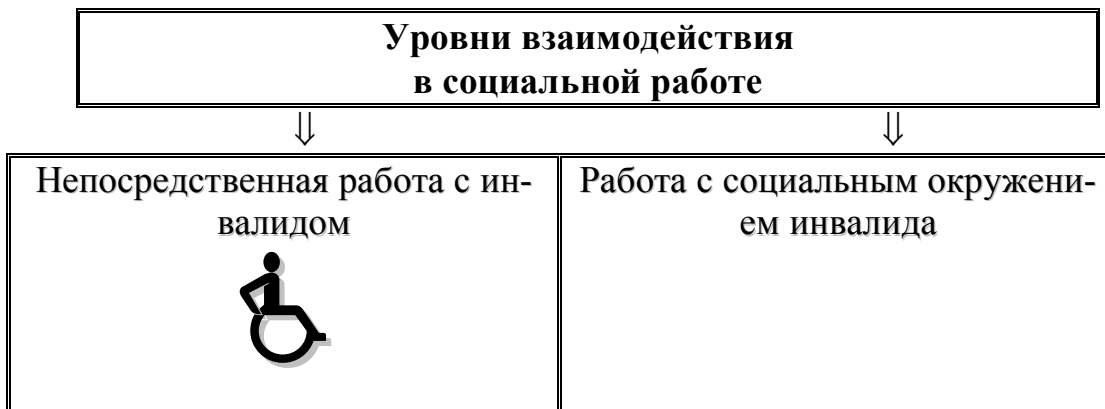
В социальном обслуживании инвалидов необходим учет характера проблемы, а также особенностей человека с инвалидностью, его или ее возможностей, которые могут быть представлены ближайшим социальным окружением – семьей, родственниками, друзьями; образования, профессии, способностей к творчеству и так далее.

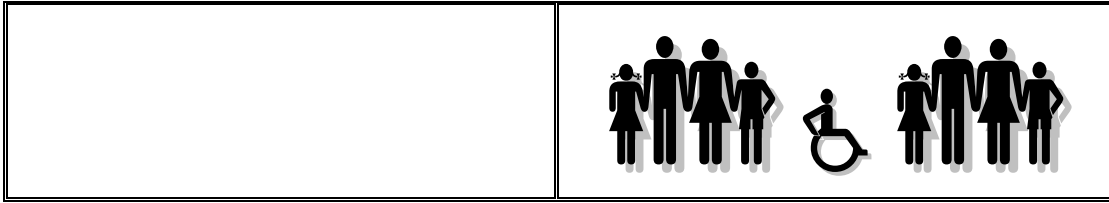
**Основные цели взаимодействия
социального работника с инвалидом**

- Улучшить механизмы социального функционирования инвалида и/или семьи инвалида
- Создать условия максимального проявления возможностей человека с инвалидностью
- Интегрировать людей с инвалидностью в общество
- Создать условия независимой жизни инвалида

В самом общем виде можно выделить две формы взаимодействия в социальной работе с инвалидами – это непосредственная работа с индивидом и работа с его или ее социальным окружением.

**Уровни взаимодействия
в социальной работе**





Необходимо помнить, что работа с индивидуальным клиентом может с различной степенью полагаться на активное участие самого инвалида, однако во многих случаях возможно осуществить активизацию участия клиента, то есть перейти от первой задачи к третьей: 1) социальный работник или другой специалист помогает инвалиду, делая что-либо вместо него (или вместо нее); 2) социальный работник обучает или стимулирует к деятельности; 3) социальному работнику удастся изменить установку клиента, который приобретает навыки независимой жизни и повышает свою самооценку.

Для устранения ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, государственной системой социального обслуживания инвалидов предлагается *реабилитация*. В соответствии с законодательством РФ, реабилитация – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

За рубежом различают понятия абилитации и реабилитации. Абилитацией называют комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитацией в международной практике принято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменений условий жизнедеятельности. В России понятие реабилитации включает и тот и другой смысл, причем предполагается не узкомедицинский, но более широкий аспект социально-реабилитационной работы.

Реабилитация – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация

Воспитывая ребенка, родители общаются с другими детьми и родителями, специалистами, педагогами, вступают в системы отношений, которые помещены, как в матрешке, в другие взаимодействующие между

собой системы. Дети развиваются в семье, а ведь семья - это тоже система отношений со своими собственными правилами, потребностями и интересами. Если ребенок к тому же посещает лечебное или образовательное учреждение, может быть, живет несколько дней в неделю в специальном интернате, то сюда подключается еще одна система с ее собственными правилами и законами. В обществе для семьи, в свою очередь, могут существовать, а могут и отсутствовать поддержка и сочувствие.

Чтобы успешно осуществлять социально-реабилитационную работу, вам не раз придется добиваться нормализации всех этих взаимоотношений. При этом у вас, вероятно, возникнут такие вопросы:

- *Что такое программа реабилитации?*
- *Как помочь семье создать благоприятное окружение для ребенка?*
- *Чему и как родители должны и могли бы учить ребенка?*
- *Куда родители могли бы обращаться за помощью и советом?*
- *Как говорить с родителями и ребенком о его состоянии?*
- *Как помочь родителям в их взаимодействии со специалистами?*
- *Как помочь родителям раскрыть возможности ребенка?*
- *Как помочь родителям подготовить ребенка к школе?*
- *Что нужно посоветовать родителям подростка?*
- *Какими правами обладает ребенок и вся семья?*

Некоторые из этих вопросов освещаются в специальной литературе, список которой приводится. Мы же начнем с того, что программа реабилитации - это система мероприятий, направленных на развитие возможностей ребенка и всей семьи, которая разрабатывается вместе с родителями командой специалистов, состоящей из врача, социального работника, педагога, психолога. Во многих странах такой программой руководит один специалист. Это может быть человек, работающий по любой из перечисленных выше профессий, но во всех случаях - это куратор, который отслеживает и координирует реабилитационную программу. Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного ребенка и семьи, учитывая как состояние здоровья и особенности развития ребенка, так и возможности и потребности семьи в отношении успешного выполнения программы. Последняя может разрабатываться как на полгода, так и на более короткие сроки, в зависимости от возраста и условий развития ребенка.

По прошествии срока, на который была рассчитана программа, специалист, координирующий услуги для ребенка и всей семьи, встречается с родителями, чтобы обсудить достигнутые результаты, успехи, а также

то, чего достичь не удалось. Необходимо также обсудить все положительные и негативные незапланированные моменты, случившиеся в процессе выполнения программы. После этого родителями вместе со специалистом (командой специалистов) разрабатывается программа реабилитации на следующий период.

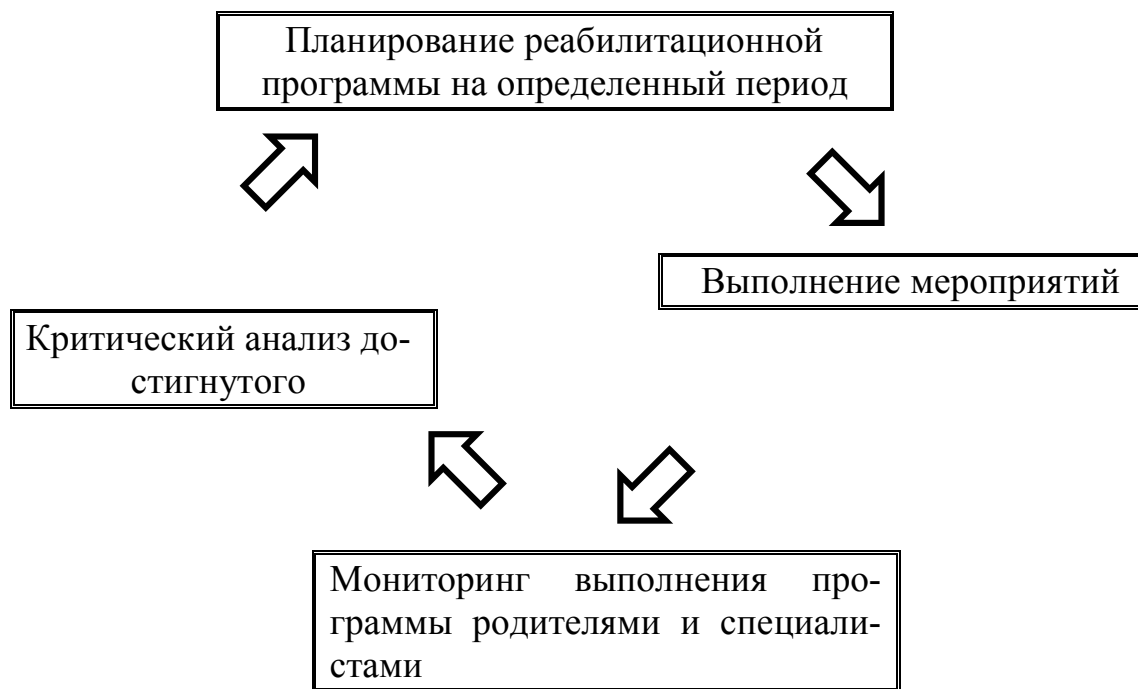
Что же представляет собой программа реабилитации? Если говорить о ребенке-инвалиде, то можно раскрыть понятие программы реабилитации следующим образом. Это четкий план, схема совместных действий родителей и специалистов по развитию способностей ребенка, его оздоровлению, социальной адаптации (например, профессиональной ориентации), причем мероприятия обязательно охватывают и других членов семьи. Это может касаться образования для родителей, психологической поддержки семьи, помощи семье в организации отдыха, восстановления сил. На каждый период программы ставится цель, которая разбивается на ряд задач, поскольку предстоит работать сразу в нескольких направлениях, подключая к процессу реабилитации разных специалистов. Допустим, необходима программа, которая будет включать следующие мероприятия:

- *Медицинские (оздоровление, профилактика);*
- *Специальные (образовательные, социальные, психологические, психотерапевтические), направленные на развитие общей или точной моторики, языка и речи, умственных способностей, навыков самообслуживания и общения.*

При этом остальным членам семьи необходимо разбираться в тонкостях детского развития, учиться общению друг с другом и с малышом, чтобы не усугубить первичные дефекты развития неблагоприятными воздействиями извне. Поэтому в программу реабилитации будут входить и такие мероприятия, как организация благоприятного окружения ребенка (включая обстановку, специальное оборудование, способы взаимодействия, стиль общения в семье), приобретение новых знаний и навыков родителями и всеми теми, кто близок ребенку.

После того, как программа разработана и начато выполнение мероприятий, осуществляется мониторинг, то есть регулярное отслеживание хода событий. Такой контроль производится в виде регулярного обмена информацией между специалистом-куратором (или, как еще можно его назвать, координатором услуг) и родителями. Если возникают какие-нибудь трудности, куратор содействует родителям, помогает преодолевать преграды, ведя переговоры с нужными специалистами, представителями учреждений, разъясняя, отстаивая, где это нужно, права ребенка и семьи. В случае необходимости куратор может посещать семью, чтобы лучше разобраться в трудностях, возникающих при выполнении про-

граммы. Таким образом, программа реабилитации есть циклический процесс, который можно условно представить следующим образом:



Речь идет, во-первых, о междисциплинарной команде специалистов, а не о чередке кабинетов, в которые по порядку обращается семья с ребенком, а во-вторых, об участии родителей в процессе реабилитации. В социальной работе с детьми-инвалидами важно исходить из следующего принципа:

Детям удастся достичь гораздо больших результатов в реабилитационном процессе в целом, когда родители и специалисты становятся партнерами, работают вместе над решением поставленных задач.

Некоторые специалисты отмечают, что родители сами порой не высказывают никакого желания сотрудничать, не просят помощи или совета. Возможно, это и так, однако мы никогда не узнаем намерения и же-

лания родителей, если не спросим их об этом. На первый взгляд, ребенок-инвалид должен привлекать к себе все силы и все внимание семьи. Однако этого не происходит, когда по значимости верх берут другие факторы: бедность, ухудшение здоровья других членов семьи, супружеские конфликты, другие проблемы. В этом случае родители могут неадекватно воспринимать пожелания или наставления специалистов. Порой родители относятся к реабилитационным услугам в первую очередь как к возможности получить передышку для самих себя: они испытывают облегчение, когда ребенок начинает посещать школу или реабилитационные программы, потому что в этот момент могут, наконец, заняться своими делами.

При всем этом важно помнить, что, несмотря на отдельные примеры, на которых строятся предубеждения специалистов, большинство родителей хотят участвовать в развитии своего ребенка. И если найдется хотя бы один родитель, готовый к совместной работе, это может существенно изменить наш профессиональный имидж и стиль. Впрочем, не стоит удивляться этому. Сегодня все международное сообщество приходит к мысли о том, что практика социально-реабилитационной работы нуждается в серьезном пересмотре, изменении подходов. Дело в том, что на Западе подход социально-реабилитационной работы, предполагающий участие родителей, достаточно молод: этой идее немногим более десятка лет. При этом те, кто применяет этот подход на практике, убеждаются в его преимуществах по сравнению со старой моделью, когда внимание и все усилия специалистов направлялись лишь на ребенка. Зачастую специалисты, считающие себя единственными и главными экспертами, не проявляли интереса к мнению родителей, например, о том, чему, где и как те хотели бы учить своего ребенка. Рой МакКонки остроумно назвал это синдромом «экспертоза».

Взаимодействовать с родителями гораздо сложнее, чем избегать или игнорировать их. Будьте готовы к тому, что на море не всегда бывает штиль, и вас могут ожидать и трудности, и разочарования. Однако ваши усилия воздадутся сторицей. В противном случае результат работы с ребенком может быть нулевым: отсутствие взаимодействия специалистов и родителей намного снижает эффективность социально-реабилитационных услуг - об этом вам может рассказать любой педагог школы-интерната или специалист реабилитационного центра. В то же время снятие межличностных или культурных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может быть сложным делом.

Что же это значит: работать с родителями? Сотрудничество, включение, участие, обучение, партнерство - такие понятия обычно используются, чтобы определить характер взаимодействий. Остановимся на по-

следнем понятии - партнерстве, поскольку оно наиболее точно отражает идеальный тип совместной деятельности родителей и специалистов. Партнерство подразумевает полное доверие, обмен знаниями, навыками и опытом помощи детям с особыми потребностями в их индивидуальном и социальном развитии. Партнерство - это такой стиль отношений, который позволяет ставить общие цели и достигать их с большей эффективностью, чем если бы участники действовали изолированно друг от друга. Установление партнерских отношений требует времени и определенных усилий, опыта, знаний.

Среди принципов работы с родителями есть требование учитывать разнообразие семейных стилей и родительских стратегий. Нет одинаковых родителей. Даже супруги в одной и той же семье могут весьма отличаться друг от друга по своим установкам и ожиданиям. Поэтому то, что оказалось удачным в работе с одной семьей, совсем необязательно будет способствовать успешному партнерству с другой. Кроме того, не следует ожидать от семей одних и тех же униформных эмоциональных реакций или поведения, одинакового отношения к проблемам. Будьте готовы слушать, наблюдать и уметь договариваться, достигать компромисса. Если ребенок уже может принимать участие в ваших дискуссиях, переходите от «дуэта» к «трио»: пусть в принятии решения по поводу ребенка принимает участие он сам вместе с вами и родителями, ведь его точка зрения может очень сильно отличаться от мнения взрослых, он может неожиданно предложить новый подход к проблеме. Таким образом, ребенок становится еще одним партнером, и наши представления о потребностях детей обогащаются тем, что думают об этом сами дети.

Успех любого партнерства основан на взаимном уважении участников взаимодействия. Если один партнер подозрительно или недоверчиво относится к другому, их контакт вскоре нарушится. Еще один принцип связан с равноправием партнеров, поскольку ни один из них не является более важным или значительным, чем другой. Поэтому консультируйтесь у родителей так же часто, как они консультируются у вас. Это важно, по крайней мере, по трем причинам. Во-первых, этим вы даете возможность родителям высказаться, скажем, не только о недостатках и проблемах, но об успехах и достижениях ребенка. Когда социальный работник спрашивает мать или отца, что им нравится в их детях, для родителей это порой бывает одним из редких случаев проявления интереса со стороны не к порокам, а к достоинствам ребенка. Во-вторых, такая информация поможет вам в разработке и мониторинге индивидуальных реабилитационных планов. Наконец, тем самым вы проявляете уважение к родителям и создаете атмосферу доверия - залог успешной коммуникации.

Поощряйте родителей на обмен знаниями, на признание успехов ребенка, развивайте понимание важности тех или иных занятий, привет-

ствуйте предложения и инициативу. Помните, что при злоупотреблении своей позицией эксперта существует риск увеличить зависимость родителей от профессиональной помощи, уменьшить их самостоятельность и уверенность в себе. Чаще спрашивайте «зачем», «почему» и «каким образом». Делитесь своими чувствами, будьте открыты, тогда и родители не будут стеснены в вашем присутствии. Старайтесь принимать решения совместно: с родителями и в команде специалистов, избегайте «одинокое плавание».

Итак, опыт, практика, образование и тренинг сформируют у вас следующие навыки, необходимые для установления партнерства с родителями детей-инвалидов:

Навыки, необходимые для установления партнерства с родителями детей-инвалидов

- избегать униформности и приветствовать разнообразие
- слушать, наблюдать и достигать договоренности
- быть заинтересованным и искренним, чтобы родители могли доверять вам
- спрашивать «зачем» и отвечать «зачем»
- организовывать коллективную, групповую работу, объединять родителей и объединяться с родителями и другими специалистами

В этом случае ваша работа с родителями будет вознаграждена успехами реабилитации ребенка.

В работе с родителями можно наметить пять разновидностей, или тактик, в зависимости от того, взаимодействуете ли вы с одной семьей или с группой родителей, непосредственно или на дистанции, или вы развиваете сеть контактов между семьями, чтобы они могли поддерживать друг друга иногда и без вашего участия. Впрочем, некоторые тактики подходят одним родителям больше, чем другим. Как сказал Аристотель, «когда в твоей власти что-то сделать, то в твоей же власти это и не делать». Выбор за вами.

1. Непосредственная работа с конкретной семьей

- Социальный работник (или другой специалист) посещает семью
- обращает внимание на внешний вид и окружение дома, подъезда, квартиры
- встречаясь с семьей, старается увидеться не только с матерью, но и с отцом, другими детьми и взрослыми членами семьи
- интервьюирует родителей о потребностях, проблемах и ресурсах

- спрашивает о внешкольных занятиях ребенка
 - отвечает на вопросы родителей
 - наблюдает за тем, как в семье обращаются с ребенком, обучают и развивают его
 - демонстрирует стратегии поведения, обучения, решения проблем
- Родители приходят на прием к социальному работнику (или другим специалистам)
 - родители наблюдают, как специалист обращается с ребенком (например, присутствуют в классе или на приеме, во время тестирования)
 - специалисты отвечают на вопросы родителей, объясняют, обсуждают информацию
 - специалисты наблюдают, как родители обращаются с ребенком
 - специалист снимает на видео родителей с ребенком, затем анализирует результаты
 - показывает родителям видео примеры, чтобы обсудить и проанализировать увиденное вместе
 - Социальный работник организует консультацию с представителями других служб, если это необходимо ему для лучшего понимания и решения проблем или если это непосредственно может помочь семье, например, со службой миграции
 - Дает родителям заполнить карты и схемы, вопросники по развитию ребенка, затем сравнивает их результаты со своими ответами
 - Родители посещают заседания комиссии (или сессии команды специалистов) по поводу их ребенка
 - Социальный работник (самостоятельно или организовав других специалистов) помогает родителям выбрать книги, игрушки, специальное учебное оборудование для дома
 - Социальный работник организует собрания, чтобы оценить развитие ребенка в связи с ходом выполнения реабилитационного плана
 - Предоставляет родителям письменный отчет результатов тестирования или оценивания
 - Передает родителям письменное заключение с рекомендациями занятий на дому
 - Показывает родителям папку с материалами по их ребенку и обсуждает с ними ее содержание
 - Приглашает родителей в класс, где проводятся занятия, привлекает их к помощи в проведении занятий, приглашает их в комнату персонала
 - Организует для родителей встречу со студентами-практикантами или сотрудниками службы, чтобы родители поделились своим опытом и высказали мнение о предоставляемых услугах

2. Опосредованная работа с конкретной семьей

- Информация и обмен комментариями осуществляются через специально организованный дневник, куда родители и специалисты вносят записи, например, каждую неделю или две
- Домашний дневник наблюдений применяется при встрече со специалистом
- Результаты реабилитации представляются в отчетах (например, раз в полгода)
- Социальный работник, привлекая других специалистов, организует письменные извещения, информацию для родителей
- Контакты по телефону
- Родители берут в библиотеке книги или в видеотеке фильмы на дом
- Родителям выдаются на дом специальные игры или учебные пособия
- Родители заполняют опросники, карты или схемы развития способностей ребенка
- Рекомендуются игры и занятия, которые могут проводиться родителями на дому
- Рекомендуются занятия на выходные дни, предоставляется информация о возможностях отдыха
- Родителям предоставляется возможность знакомиться с содержанием папки материалов по их ребенку
- Родителям посылаются или выдаются на дом тексты выученных на занятиях в реабилитационном центре песен, стихов, перечень упражнений
- Предлагаются телепрограммы, которые целесообразно смотреть родителям вместе с детьми

3. Непосредственная работа с группой родителей

- Встречи с родителями в вашем офисе или комнате для занятий, обмен информацией, отчет о ходе реабилитации и успехах ребенка, обсуждение будущих планов
- Выступление на встрече родителей и ответы на их вопросы
- Организация семинара для родителей: выступления, беседы, ролевые игры, тренировка последующих практических занятий на дому
- Организация специального курса для родителей по той или иной тематике
- Показ слайдов или видеопрограмм о занятиях детей, объяснение их цели и смысла
- Организация открытого урока или занятия со специалистом
- Открытый день или вечер в реабилитационном центре

- Организация совместных мероприятий (отдых, представления) с родителями и специалистами, ассоциации родителей и специалистов
- Привлечение родителей к подготовке и проведению особых мероприятий - праздников, фестивалей
- Помощь родителям в организации групповых экскурсий для детей (в зоопарк, на ипподром, на спортивные состязания, в окрестные школы, магазины)
- Интервьюирование родителей об их отношении к услугам и дальнейших ожиданиях

4. Опосредованная работа с группой родителей

- Предоставление родителям информационных проспектов услуг, описания квалификации персонала, расписания работы специалистов, содержания занятий
- Информационный буклет о том, как и в каких случаях обратиться к конкретным специалистам
- Подготовка информационного бюллетеня и его регулярная рассылка
- Организация выставки книг или игрового материала в методическом кабинете или «уголке» для родителей
- Подготовка письменных предложений по домашним занятиям или готовящимся мероприятиям, возможностям отдыха
- Подготовка буклета, объясняющего процедуры тестирования, оценивания, проверки хода выполнения реабилитационного плана, того, как интерпретируются результаты
- Выдача родителям книг на дом или копирование для них нужных фрагментов
- Рассылка или передача опросников для выяснения потребностей и мнения родителей об услугах
- Подготовка видеопрограммы для родителей
- Организация стенда или доски объявлений в комнате, где родители ожидают детей
- Написание статей для местных журналов или газет
- Подготовка учебного пособия или руководства для родителей

5. Развитие контактов между семьями

- Способствовать развитию сети «нянь» среди группы родителей
- Организовать посещение опытным родителем семьи, где появился ребенок, требующий реабилитационных услуг
- Помочь в организации ассоциации или группы самопомощи родителей
- Участвовать в регулярных встречах родителей на дому или в специальном месте

- Приглашать отцов помогать с починкой или наладкой оборудования
- Добиваться того, чтобы родители были представлены в комиссиях или советах школ и реабилитационных центров
- Добиваться того, чтобы родители защищали свои права, были вовлечены в работу общественных организаций, оказывающих влияние на развитие законодательства и порядка предоставления услуг, на принятие решений психолого-медико-педагогической комиссией
- Помогать родителям организовать клубы по интересам и мероприятия для детей

Некоторые аспекты работы с семьей нетипичного ребенка требуют особого внимания. Например, обычно считается, что взаимодействовать следует с матерью ребенка, так как она, в основном, всегда и приходит на консультацию, и оказывается в курсе всех проблем и событий в жизни семьи. Однако это ошибочный взгляд.

Участие отца в реабилитационном процессе в целом намного повышает эффективность усилий специалистов. Поэтому, начиная работу с семьей, познакомьтесь не только с матерью, но и с отцом, а также с другими членами семьи.

Старайтесь хотя бы иногда планировать свои визиты так, чтобы дать отцу возможность встретиться и поговорить с вами. Обращайтесь лично не только к матери, но и к отцу или к обоим родителям сразу, когда передаете письменные пожелания, звоните по телефону или встречаетесь. Учтите, что некоторым отцам бывает легче говорить, особенно о своих чувствах, с мужчиной, поэтому они могут быть скованы в разговоре с женщиной. Всегда предоставляйте письменную информацию, чтобы отцы, не сумевшие прийти на встречу с вами, были в курсе дел так же, как и матери. Помогайте матери поощрять участие отца в реабилитации ребенка.

Одинокие родители, семьи с низким доходом, семьи беженцев и мигрантов также требуют особого подхода, и об этом вы сможете прочитать в других разделах учебника. Нужно сказать, что те родители, которые не испытывают всех этих трудностей, также нуждаются в особом к ним подходе, ведь их инициатива и позитивный настрой могут истощиться, если они не встретят уважения к себе и собственному мнению в глазах специалистов.

Для того, чтобы вам лучше со всем этим управляться, используйте следующие ресурсы:

- *Работайте в команде, где для каждого разбираемого случая назначается один куратор, координирующий действия остальных.*
- *Найдите опытного тьютора - человека с большим, чем у вас опытом, который сможет помочь вам разобраться в сложной ситуации. Сверстники-коллеги также могут быть мощным ресурсом. Попробуйте организовать такую группу поддержки для самих специалистов, где вы можете делиться успехами или обсуждать неудачи, обсуждать то, что беспокоит и помогать друг другу.*
- *Сейчас растет число публикаций по социальной работе, набирается также видеотека. Многие фильмы и книги обладают терапевтическим эффектом в работе с семьей ребенка-инвалида. Используйте эти ресурсы для себя и рекомендуйте их родителям.*

Шесть компонентов присутствует в любой успешной практике взаимодействия специалистов и родителей, в частности, в той ее сфере, которая касается посещений семьи на дому:

Компоненты успешной практики

- Регулярный контакт
- Акцент на способностях ребенка, а не на их отсутствии
- Использование вспомогательных материалов, пособий для родителей
- Семья – в центре внимания
- Внимание к более широкому спектру потребностей (речь идет не только о ребенке, но и всей семье)
- Организация групп поддержки, где обсуждают успехи и проблемы

Все это будет способствовать развитию ребенка и повышать мотивацию родителей к сотрудничеству.

Ранняя интервенция в системе социального обслуживания семей с детьми-инвалидами

Диагностика состояния здоровья и развития маленького ребенка, особенно пока ему не исполнилось трех лет, важна с точки зрения планирования комплексной помощи ребенку и семье. Помощь детям, имеющим нарушения развития, - это не узкоспециализированная деятельность (скажем, медицинское мероприятие), но широкий спектр услуг, и необходима она как самим детям, так и их семьям. Такие услуги нужны, во-первых, тем детям, чье развитие уже существенно нарушено в резуль-

тате врожденных изменений (таких как церебральный паралич или нарушения слуха), изменений, вызванных средой (таких, как недостаточное вскармливание, заброшенность ребенка, неумелое или даже жестокое с ним обращение), неизвестных причин (врожденного или приобретенного свойства либо их сочетания). Во-вторых, остро нуждаются в помощи те дети, чье развитие находится под угрозой в результате биологических факторов (например, таких как малый вес при рождении) или факторов среды (таких как сочетание низкого дохода и отсутствия родственной поддержки).

Дело в том, что дети, чье развитие существенно нарушено, обычно сразу попадают в поле зрения специалиста, и потребности в создании системы профессиональной помощи, как правило, очевидны. Напротив, распознавание второй группы может быть затруднено так же, как и понимание того, что эти дети нуждаются в помощи. Характер и формы профессиональных услуг в этом случае также не представляются очевидными. Конечно, не только малый вес при рождении или нездоровая обстановка в семье могут вызвать отставание развития ребенка, но дети из второй группы с большей вероятностью будут демонстрировать те или иные отклонения. Вот почему столь важно проводить регулярное обследование ребенка с целью своевременного обеспечения семьи специальной помощью сразу же, как только появляются первые признаки нарушения развития.

Во многих развитых странах, а в России – пока только в некоторых регионах, например, в Москве и Санкт-Петербурге – разнообразные услуги для детей, имеющих нарушения развития, объединены в программах *ранней интервенции*.

Что такое ранняя интервенция?

В течение последних двадцати лет ранняя интервенция превратилась за рубежом в самостоятельную дисциплину, изучаемую на факультетах специального образования, здравоохранения и социальной работы. Главное, что отличает ее содержание как отрасли знания и профессиональной практики, это то, что ранней интервенцией называют не узкоспециализированную деятельность, но широкий спектр услуг, предоставляемых маленьким детям, имеющим нарушения развития, и их семьям.

Эти услуги систематизированы для детей от рождения до шестилетнего возраста, различающихся по двум категориям:

- Дети, чье развитие уже существенно нарушено в результате:
 - врожденных изменений (таких как церебральный паралич или нарушения слуха);

- изменений, вызванных средой (таких как недостаточное вскармливание, экстремальная депривация или жестокое обращение с ребенком);
 - неизвестных причин (врожденного или средового свойства либо их сочетания).
- Дети, чье развитие находится под угрозой риска в результате:
- биологических факторов (например, таких как малый вес при рождении)
 - факторов окружения (таких как комбинация низкого дохода, неполной семьи или отсутствие поддержки со стороны расширенной семьи).

Цели ранней интервенции

Основная цель ранней интервенции связана с обеспечением социального, эмоционального, интеллектуального и физического роста ребенка, имеющего нарушения развития, и достижением максимального успеха в раскрытии потенциала ребенка для обучения. Другая цель ранней интервенции отражает ее превентивную направленность в аспекте предупреждения вторичных дефектов у детей с нарушениями развития. Вторичные дефекты возникают либо после неудачной попытки справиться с прогрессирующими первичными дефектами в медицинской, терапевтической или обучающей интервенциях, либо в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей. Искажение семейных взаимоотношений может быть вызвано несоответствием установок и ожиданий родителей или других членов семьи относительно ребенка. Поведение ребенка (например, замедленная стимульно-реактивная связь) может также повлиять на разрушение семейных взаимоотношений (поскольку другие члены семьи постепенно будут отказываться от того, чтобы стимулировать реакцию ребенка). Помогая семьям достичь понимания и приобрести навыки, более эффективно адаптирующие членов семей к особенностям их ребенка, ранняя интервенция нацелена на предотвращение дополнительных воздействий, способных усугубить нарушения детского развития.

Третья цель ранней интервенции состоит в том, чтобы абилитировать (усилить) семьи, имеющие детей с задержками развития так, чтобы эти семьи могли удовлетворять потребности ребенка максимально эффективно. В последние годы ранняя интервенция в ряде стран мира становится все заметнее сфокусированной на работе с семьей, что требует от профессионала отношения к родителям как к партнерам, обнаружения того, что сами родители хотят для себя и своих детей, изучения способа функционирования конкретной семьи и выработки индивидуальной программы, соответствующей семейным потребностям и стилям.

Какие типы услуг включены в раннюю интервенцию? Набор услуг, объединенных в систему ранней интервенции, значителен (см. таблицу 7).

Система ранней интервенции			
↓	↓	↓	↓
Непосредственные услуги детям: медицинская интервенция (хирургия, медикаментозное лечение, физиотерапия, оккупационная терапия, логопедия и структурированные обучающие программы).	Услуги для родителей: программы родительских групп самопомощи parent-to-parent, программы образования, которые создаются в целях развития знаний и навыков родителей, индивидуальное и групповое консультирование.	Услуги семьям: групповые программы для братьев и сестер, бабушек и дедушек, специфические формы помощи, такие как предоставление передышки родителям (respite care), помощь на дому или финансовая поддержка.	Услуги для сообщества: агентства ранней интервенции работают в системе широкого социального окружения, способствуя включению детей с нарушениями развития в обычные детские сады, защищая права детей и их семей, способствуя тому, чтобы общество осознавало проблемы и нужды нетипичных детей.

Помимо тех, что направлены на помощь самим детям, есть целый ряд услуг для родителей, для семьи в целом и для более широкого окружения. Краткое их описание может быть представлено четырьмя формами. Эти формы воплощают системную модель социального обслуживания инвалидов, о которой говорилось выше.

Безусловно, целый ряд компонентов такой системы услуг присутствует и в российских условиях. В то же время отсутствие общей социальной готовности к принятию профессиональной помощи семье, недостаток информации и несформированность организационной структуры ранней интервенции требуют немедленного решения как направление генеральной социальной политики, так и цели практики социального обслуживания.

Оккупационная терапия как технология медико-социальной работы с инвалидами

Оккупационная терапия - терапия повседневными занятиями - профессия, существующая в большинстве стран мира и занимающая важное место в команде специалистов социальной работы, здравоохранения, образования. Occupational therapy является интегральной частью комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации. Это необходимый компонент эффективной помощи людям, испытывающим трудности функционирования в повседневных ситуациях. Применение оккупационной терапии достаточно широкое, начиная от стимуляции рефлексов недоношенного младенца до обеспечения безопасности и независимости слабого пожилого человека. Специалиста по оккупационной терапии в англоязычных странах называют Occupational Therapist, а для краткости используют аббревиатуру "ОТ". В шведском языке эта же профессия называется arbetsterapi, что ближе в русскому "трудотерапия"¹.

Термин *трудотерапия* входит сегодня в профессиональную лексику сферы социально-реабилитационных технологий. Министерство социальной защиты РФ в новых учреждениях, Центрах социальной реабилитации вводит ставки трудотерапевтов. Люди, работающие в этой должности, нередко обозначают для себя новую свою профессию как "инструктор по труду". На первый взгляд, эти понятия имеют много общего. В самом деле, ведь и в школе на уроках труда детей обучают тому, что им пригодится в повседневной жизни, чтобы стать самостоятельнее: готовить, шить, мастерить. Однако та профессия, которая называется

¹ Материалы данного раздела подготовлены Е.Ярской-Смирновой по итогам зарубежных стажировок в университеты Северной Каролины (г.Чапел Хилл, США, 1994-1995) и Гетеборга (Швеция, 1992-1999).

примерно одинаково на разных языках, трудотерапия, или терапия занятиями, имеет определенные отличия от того, что делает школьный учитель труда. Эта профессия больше приближена к реабилитационной и оздоровительной сфере, чем к обычной образовательной системе. Было бы ошибкой приравнивать такой вид терапии и к лечебной физкультуре, хотя эти специалисты часто работают бок о бок, в одной команде. Пожалуй, в российской практике многое из того, чем владеет оккупационный терапевт в странах Запада, имеется в арсенале медика, инструктора ЛФК, дефектолога, а с недавнего времени и социального работника, поскольку терапия социальным окружением входит в его сферу компетенции. Часто социальный работник выступает в роли координатора услуг, необходимых ребенку, взрослому или всей семье, добиваясь согласованной деятельности врача, педагога, психолога, трудотерапевта, других представителей социального окружения клиента, упрочивая сеть социальной и профессиональной поддержки всей семьи.

Существуют различные определения трудотерапии, например, британская традиция в большей степени наполняет это понятие социальным содержанием, тогда как американская - медицинским. Но в общих чертах трудотерапия - это структурированная деятельность, нацеленная на уменьшение напряжения и усиление веры в самого себя у пациентов, а также тренировка их взаимодействия с другими людьми, развитие и реабилитация их повседневных и профессиональных навыков. Обучение навыкам повседневной деятельности и реабилитация иногда проходит и в группе. Так, группа по развитию навыков самообслуживания - ADL (Activity of Daily Living)-группа может включать в себя выработку навыков личной гигиены или ведение домашнего хозяйства. Если это необходимо, тренировка включает приобретение рабочей сноровки и профессиональных навыков (например, работа в ботаническом саду, работа в конторе, ремесло, творческая деятельность, занятие музыкой, движения, работа с глиной, текстилем или красками). Подбор соответствующих вспомогательных средств (коляска для передвижения, резиновое утолщение на авторучке или ложке, вилке, позволяющее ребенку с нарушениями функций тонкой моторики самостоятельно делать записи, есть), делающих человека относительно самостоятельным, - также задача специалиста по трудотерапии. Главная цель этой профессии состоит в том, чтобы создать все возможные условия для обеспечения активности человека в трех наиболее важных областях жизни: работа, досуг, самообслуживание.

Существует также близкий, но не совпадающий с трудотерапией вид реабилитации - социотерапия. Это прежде всего различные виды деятельности, рассчитанные на свободное время, когда ставится цель ликвидации последствий изоляции и пассивности клиента. Образовательная деятельность (кружки, заочные курсы, обучение на общеобразователь-

ных курсах, развлечения, праздники, юбилеи), терапия окружающей средой (как физической, так и взаимоотношениями между пациентами) - все это является инструментом психосоциальной помощи. Критерии эффективности - общая цель, добровольность, толерантность к симптому, общая ответственность, позитивная коммуникация, обмен информацией, доступность информации, максимальная открытость и учет мнения каждого¹. Эта деятельность практически аналогична социокультурной анимации, существующей в ряде стран Европы.

Что же является содержанием оккупационной терапии и кто нуждается в ее услугах?

Оккупационная терапия начинается с функциональной диагностики, необходимой для определения числа и степени затруднений, которые испытывает человек, а также его ресурсов. Вместе с клиентом и другими членами команды оккупационный терапевт разрабатывает план реабилитации, зачастую используя обычные повседневные занятия в качестве средств восстановления или развития навыков. Например, когда человек оправляется от перенесенного инсульта, он возвращается к обычным ежедневным занятиям: умыванию, купанию, одеванию, приготовлению пищи, уходу за домом, возобновляет социальные контакты. Все эти элементы будут являться средствами реабилитации, и во многих случаях необходим совет специалиста, чтобы не допустить слишком резких нагрузок. Игровая деятельность часто становится важным средством реабилитации для детей, которым необходимо улучшение координации зрения и рук, развитие мелкой моторики для того, например, чтобы добиться успеха в школьных занятиях. На протяжении курса реабилитации статус пациента часто пересматривается, при этом изменения в реабилитационной программе обсуждаются с членами всей команды, врачом, самим пациентом и его семьей.

Ключевой элемент оккупационной терапии - это *выбор* видов занятий, которые не только формируют навыки, важнейшие для независимого функционирования, но и имеют значение для человека, нуждающегося в реабилитации. Скажем, достижение самостоятельности в приготовлении пищи является жизненно важной целью лишь для людей, которые прежде делали это или должны делать сейчас, чтобы оставаться независимыми. Успешное удовлетворение потребностей индивида в контексте его окружения - сущность оккупационной терапии.

Для кого предназначена оккупационная терапия?

□ Оккупационная терапия (ОТ) необходима младенцам и детям с проблемами, связанными со следующими диагнозами:

¹ Стенсмо К. Социальная педагогика. Барнаул, 1995. С.45-46

- недоношенность
 - церебральный паралич или мускульная дистрофия
 - отклонения в развитии, включая умственную отсталость, spina beifida, врожденные аномалии
 - педиатрические заболевания, такие как детский ревматический артрит
 - трудности в обучении, включая дислексию, школьная неуспеваемость
 - эмоциональные расстройства, поведенческие проблемы, аутизм, фобии
- Ранняя ОТ для детей с этими и другими подобными проблемами позволяет:
- облегчить нормальное развитие и стимулировать раннее обучение
 - развить двигательные навыки, понимание себя, эмоциональную зрелость, когнитивную сферу, коммуникацию
 - достичь самостоятельности в жизненных навыках, включая самообслуживание, мобильность и социальную адаптацию
- ОТ необходима подросткам и молодым людям, испытывающим проблемы, связанные со следующими факторами:
- семейной и социальной адаптацией
 - алкогольной или наркотической зависимостью, патологическим социальным поведением, расстройствами аппетита
 - неврологической недостаточностью на почве травм, ранений головного и спинного мозга
 - ортопедическими ограничениями на почве несчастного случая или заболевания
 - нервно-психическими расстройствами и трудностями в обучении
- ОТ для подростков и молодых людей с этими и другими подобными проблемами позволяет:
- улучшить сенсорику и моторику
 - увеличить мобильность, силу и выносливость
 - облегчить привыкание к протезам и проверять их функционирование
 - стимулировать здоровые, продуктивные взаимоотношения
 - получить предпрофессиональные и профессиональные навыки
- ОТ необходима взрослым, испытывающим проблемы, связанные со следующими причинами:
- профессиональными травмами, включая ампутации, повреждение руки, ожоги
 - сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая инфаркт миокарда, и периферийными сосудистыми заболеваниями

- психическими заболеваниями и угрозой психическому здоровью, включая реакции на стресс, алкогольную и наркотическую зависимость, депрессию и шизофрению
 - неврологическую дисфункцию, включая опухоли мозга, склероз
- ОТ для индивидов с этими и другими подобными проблемами позволяет:
- увеличить возможности для самостоятельного функционирования в ежедневных занятиях, требующих применения физических, социальных и когнитивных навыков
 - расширить функции, используя терапевтическую деятельность или реабилитационные технологии, включая протезирование
 - помочь в поддержании и развитии выносливости, применяя техники консервации энергии и упрощения работы
 - обеспечить средства и технологии, компенсирующие недостаточность функций
 - развить приемлемые навыки решения проблем и управления жизненными ситуациями
- ОТ необходима пожилым людям с проблемами, связанными со следующими факторами:
- утратой физических функций в результате артрита, сердечных заболеваний, рака, цереброваскулярной травмы, болезни Паркинсона
 - ослаблением когнитивного функционирования по причине болезни Альцгеймера, органического поражения мозга, артериального склероза или депрессии
- ОТ для пожилых людей с этими и другими подобными проблемами позволяет:
- затормозить или предупредить дегенеративные эффекты старения или функциональных затруднений
 - увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанных с ней навыков самообслуживания
 - предоставить объективную оценку когнитивного функционирования в связи с важнейшими жизненными навыками, скажем, такими, как обращение с деньгами, планирование питания и приготовление пищи
 - обеспечить адаптирующее оборудование, чтобы поддержать или усилить функциональную независимость
 - оценить жизненную среду в аспекте архитектурных или инвайронментальных барьеров
 - справиться с изменениями и утратами, сопутствующими пожилому возрасту

- найти ресурсы в социальном окружении
 - распознать и оказать сопротивление депрессии
- Оккупационный терапевт может также обучить необходимым навыкам и тех, кто ухаживает за больным, престарелым или инвалидом, например:
- технике снятия физического и эмоционального стресса, связанного с уходом за кем-либо
 - способам определения и усиления возможностей человека для самостоятельной жизни
 - технике передвижения и позиции, позволяющим уменьшить затрату усилий того, кто оказывает уход
 - умению найти занятия, значимые и интересные для человека
 - умению подобрать адаптирующие механизмы, протезы и другие средства, которые могут упростить задачу ухода за больным
 - способам нахождения и применения ресурсов окружения, таких как временная няня или доставка обеда на дом
 - способам оборудования домашней среды для безопасности и мобильности

Оккупационная терапия в различных странах мира является интегральной частью основного комплекса услуг здравоохранения и социальной защиты, которые оплачиваются многим людям за счет мощных государственных программ и частных страховок. В частном секторе социально-медицинского обслуживания, широко представленного в США, существует система фондов крупных корпораций, таких как Дженерал Моторс, Форд, Крайслер, которые занимаются страхованием. Среди государственных программ, которые покрывают эти расходы: Medicare, Medicaid, Программа гражданского здравоохранения (CHAMPUS), Федеральная программа здравоохранения служащих (FENBP), Закон о реабилитации, Закон об образовании инвалидов, Закон о пожилых американцах, Программы охраны здоровья матери и ребенка, Программы услуг по охране психического здоровья и лечения алкогольной и наркотической зависимости, Программы компенсаций государственным работникам.

- Оккупационная терапия выгодна с социально-экономической точки зрения, так как позволяет:
- значительно сократить пребывание человека в больнице
 - уменьшить нужду в госпитализации и институционализации (содержании в учреждении)
 - обеспечить скорейшее возвращение на работу

- сократить число услуг и время ухода, требуемых после выписки из больницы
- предотвратить осложнения и последующую инвалидность
- облегчить возвращение человека в общество

В ряде стран оккупационные терапевты и ассистенты по ОТ работают в разнообразных учреждениях и организациях, например:

- отделениях скорой помощи
- центрах детского здоровья, детских поликлиниках
- реабилитационных центрах
- психиатрических больницах
- общежитиях и центрах "на пол-пути" (half-way) для людей, возвращающихся к нормальной жизни
- центрах психического здоровья, психиатрических диспансерах
- государственных и частных школах
- поликлиниках и больницах
- центрах дневного ухода за детьми, детских садах
- центрах для людей с нарушениями развития
- в частной практике
- центрах лечения ожогов
- клиниках, специализирующихся на реабилитации рук
- учебных центрах микро-районов
- неонатальных центрах интенсивной терапии
- ортопедических клиниках
- домах престарелых

Итак, оккупационная терапия представляет собой профессию в сфере здравоохранения и реабилитации. Специалисты по ОТ оказывают услуги людям любого возраста, имеющим физическую, эмоциональную, социальную недостаточность и вследствие этого нуждающимся в особой помощи, обучении функциональным навыкам, позволяющим вести независимую, продуктивную и удовлетворяющую их жизнь.

Оккупационные терапевты являются опытными специалистами. В США специалист по ОТ должен быть выпускником бакалавриата или магистратуры по данному направлению и пройти от шести до девяти месяцев инструктированной практики в клинике. Ассистент по ОТ заканчивает аккредитованные курсы и, по крайней мере, два месяца инструктированной практики. По окончании курсов и практики терапевт или ассистент проходят государственную сертификацию для того, чтобы получить право работы по специальности. В России эта профессия относится к числу новых, но, безусловно, перспективных, она является междисциплинарной, и потому требуется соединение усилий различных ведомств и министерств для придания ей полноценного имиджа и наполнения соответствующим содержанием. Оккупационная терапия может стать со-

ставляющей частью социального обслуживания инвалидов, с ее помощью решаются задачи медико-социальной работы и социальной реабилитации.



Вопросы и задания

1. Дайте характеристику системе социального обслуживания инвалидов в Российской Федерации. Какие виды услуг и на какой основе предоставляются инвалидам?
2. Познакомьтесь с ситуацией и представьте продолжение истории. Смоделируйте профессиональные действия социального работника.
3. Проанализируйте должностные инструкции специалиста по социальной работе и социального работника (Приложение №7). В чем разница? Достаточно ли правами обладают специалисты и социальные работники для осуществления профессиональной деятельности?
4. Найдите специфику каждой инструкции и попробуйте дополнить, развить их.

Михаил Борисович - 77-летний мужчина-инвалид второй группы, который живет один уже 4 года с тех пор, как умерла его жена. Несколько месяцев назад он серьезно заболел, и его взрослые сын и дочь наняли сиделку. Алевтина Сергеевна (40 лет) - сиделка Михаила Борисовича – стала его подругой. Она переехала в его дом и сообщила всем, что они через несколько месяцев пожениются. Дети были очень расстроены таким поведением отца и озабочены вопросами наследования квартиры. Сын нанял адвоката, который должен был объявить о недееспособности Михаила Борисовича и о возможном его переезде в дом престарелых. Дети также обратились с просьбой к социальному работнику не обращать внимание на поведение отца, так как старый человек не может решать, что для него лучше.

5. Какие особенности семей с детьми-инвалидами необходимо учитывать в социальной работе?
6. Раскройте функции социального работника, взаимодействующего с семьей ребенка-инвалида.
7. Что такое ранняя интервенция, каковы ее задачи? Где и как она реализуется?

8. Охарактеризуйте оккупационную терапию как технологию социально-реабилитационной работы. В чем заключаются основные задачи оккупационной терапии? Где и как она реализуется?

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. М., 1991.
2. Аксенова Л. И., Архипов Б. А., Белякова Л. И. и др. Специальная педагогика. М.: Академия, 2000.
3. Альманах "Исцеление". Выпуск 2. Для врачей, педагогов и родителей детей с неврологической инвалидностью. М.: Тривола, 1995.
4. Астапов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. М., 1995.
5. Бабенкова Р.Д., Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1985.
6. Баранов А.А., Игнатьева Р.К., Каграманов В.И. Методические принципы создания территориального регистра семей, имеющих детей-инвалидов// Проблемы семьи и семейной политики. Вып.3. М., 1993.
7. Белопольская Н.А. Некоторые вопросы консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. М., 1984.
8. Вельтищев Ю.Е. Роль научных исследований в развитии современной профилактической педиатрии// Вопросы охраны материнства и детства. 1982. № 12. С.18-25.
9. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. М., 1992.
10. Гришина Л.П. Актуальные проблемы инвалидности в Российской Федерации. М., 1995.
11. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей. М.: Ин-т соц. работы, 1995.
12. «Дорога – это то, как ты идешь по ней...» Социально-реабилитационная работа с семьей нетипичного ребенка: Учебное пособие / Под ред. В.Н.Ярской, Е.Р.Смирновой. Саратов: Изд-во ПФРУЦ, 1996.
13. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981.
14. Забратная С.Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе: Рабочая книга родителей. М.: Педагогика-Пресс, 1993. 48 с.

15. Каткова И.П., Кузнецова В.В. Методические основы организации социальной работы в семьях детей-инвалидов// Социальная работа в учреждениях здравоохранения. М., 1992.
16. Конвенция о правах ребенка. М., 1993.
17. Правовая защита семей, воспитывающих детей-инвалидов: Сб. нормативных актов. М., 1996.
18. Смирнова Е.Р. Семья нетипичного ребенка. Социокультурные аспекты. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1996.
19. Социально-бытовое обслуживание пенсионеров и инвалидов. М.: Минсоцзащиты, 1992. Вып. 4.
20. Тингей-Михаэлис К. Дети с недостатками развития: Книга в помощь родителям. Пер. с англ. М.: Педагогика, 1988. 240 с.
21. Энциклопедия социальной работы: В 3 т. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994.
22. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. Учебное пособие. М.: "Дашков и К", 2002.
23. Проблемы де-институционализации детей-инвалидов. М.: Социально-технологический институт МГУС, 2001.

Эффективность социального обслуживания инвалидов

Согласно Федеральному закону от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», «социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания» (Ст.6). Эти стандарты утверждаются Правительством Российской Федерации, при этом требования, установленные государственными стандартами социального обслуживания, являются обязательными для социальных служб независимо от форм собственности на всей территории Российской Федерации. Вместе с тем, в указанном Законе не раскрываются критерии качества и механизмы оценки эффективности социального обслуживания.

Проблема изучения эффективности социального обслуживания, качества социальной работы с инвалидами, различных социальных проектов, связанных с улучшением положения инвалидов, является очень важной. Сегодня многие государственные и общественные организации наряду с текущей ведут проектную деятельность. Проектный подход выступает инструментом развития – например, при выходе на новые группы потребителей или запуске новых видов услуг. Организация деятельности на основе проектов позволяет оценить, насколько успешной является деятельность, достигаются ли запланированные результаты и в чем

причины неудач, если таковые имеются. Для этого необходимо уметь отслеживать, оценивать и представлять вовне результаты своей деятельности¹.

В последние годы практически каждая из программ развития в России, разрабатываемых кабинетом министров и правительствами регионов, имеет обязательный раздел, посвященный социальным эффектам и анализу эффективности. Этот раздел программ, по мысли разработчиков, должен отражать те факторы и показатели, по которым можно будет судить об эффективности проекта.

Само по себе обсуждение эффективности свидетельствует о более высоком уровне разработки социально значимых программ и проектов. Однако, существующие на сегодня механизмы оценки эффективности недостаточно прозрачны для представителей общественных организаций, для внешних независимых экспертов. Эти механизмы требуется оптимизировать и делать доступными как для государственных служб и учреждений, так и для некоммерческих организаций, воплощающих проекты, связанные с социальным обслуживанием или социальным развитием. Это позволяет измерять результативность деятельности в рамках проекта, предвосхищать и фиксировать прямой и косвенный эффект этой деятельности, оценивать качество оказываемых услуг а также принимать меры по повышению их качества.

Необходимо отметить, что оценка отличается от ревизии, проверки или экзамена, которых опасаются и видят в них нежелательные последствия. От недостатков не застрахована ни одна организация, но оценки, наряду со слабыми местами, позволяют выявить ресурсы, точки роста, удачи и достижения. Кроме того, ведь если не исследовать деятельность, то недостатки трудно выявить, а следовательно, невозможно исправить. Оценка деятельности организации, по определению А.Бодунгена, – это процесс определения того, насколько организация или ее отдельная программа качественно и эффективно работает, приносит ли реальную пользу². Можно сказать, что оценка – поиск ответа на вопрос: успешно или не очень успешно действует организация или программа. Текущий контроль деятельности – это мониторинг, в котором отслеживается, проведены ли все запланированные мероприятия, соблюдены ли планируемые временные рамки, соответствуют ли расходы утвержденному бюджету, охвачено ли запланированное количество участников проекта.

Существует целый ряд причин, по которым государственным и общественным организациям, предоставляющим услуги инвалидам, полез-

¹ Боровых А., Грешнова Е. Исследование эффективности проектов и программ благотворительных организаций // Благотворительность в России. Социальные и исторические исследования. СПб., Лики России, 2001.

² Бодунген А. Оценка деятельности НКО // Школа по оценке проектов, Новосибирск, 26-30 ноября 2001 г.

но проводить оценку своей деятельности. Прежде всего, проводя оценку, анализ своей деятельности, сотрудники и администраторы организации обращают внимание как на успехи, так и на неудачи, то есть могут увидеть картину со всех сторон. В этом случае важно привлекать специалистов, владеющих навыками социологических исследований организаций, скорее даже независимых консультантов или экспертов, исследователей, которые могут предоставить взгляд со стороны. Сами сотрудники, применяя исследовательские методы, могут стать более объективным по отношению к своей организации. Сотрудники, добровольцы и клиенты (потребители услуг) организации получают зримое подтверждение того, что организация не работает «впустую». Возможно найти так называемые «критические точки», моменты, оказывающие решающее влияние на качество и эффективность работы; в дальнейшем, воздействуя именно на эти точки, менеджер и сотрудники организации сумеют добиться существенных положительных изменений, тем самым сэкономив силы, время и ресурсы организации. Оценка даст работникам и руководству повод задуматься о стандартах качества, к которым следует стремиться их организации.

С точки зрения потребителей услуг (благополучателей), спонсоров, партнеров, то есть той среды, в которой действует организация, такая оценка имеет важный смысл. Прежде всего, пользуясь результатами оценки, можно достаточно определенно ответить на вопрос: «Насколько хорошо работает эта организация?». В переговорах со своими потенциальными донорами организация сможет привести факты и сравнительные характеристики, которые помогут понять, что же она собой представляет как организация и насколько эффективно она работает. Периодическое проведение оценок делает организацию более привлекательным и более надежным партнером. Некоторые типы доноров (например, грантодающие фонды) требуют включать такой этап как оценка в заявку на финансирование того или иного проекта. Итак, оценка помогает увидеть реальное положение дел в организации, определить пути закрепления успехов и исправления недостатков.

Поскольку проект – это гипотеза, то необходимо на любом этапе реализации проекта иметь достаточно оснований для утверждения, что она верна. Во многих странах мира для этих целей используются такие инструменты, как мониторинг и оценка проектов. В зависимости от особенностей и хода реализации проекта организация могла бы применять тот или иной механизм для получения необходимой информации¹.

¹ Боровых А., Грешнова Е. Исследование эффективности проектов и программ благотворительных организаций // Благотворительность в России. Социальные и исторические исследования. СПб., Лики России, 20012001.

МОНИТОРИНГ	ОЦЕНКА
Проводится непрерывно	Проводится на ключевых этапах реализации проекта
Модель принимается в существующем виде без изменений	Модель подвергается анализу с целью оптимизации/улучшения
Запланированные деятельность и результаты сравниваются с фактическими	Анализируются причины достижения/не достижения запланированных результатов
Полученная информация используется для улучшения работы по проекту	Полученная информация может использоваться как для улучшения работы по данному проекту, так и для уточнения планов на будущее

В зависимости от задач, выделяют оценку результативности и эффективности. Оценка результативности – экспертиза организационного процесса выполнения программы, анализ причин отклонений в реализации программы от намеченных изначально целей. Оценка эффективности – сопоставление результатов программы с затраченными в ходе ее реализации ресурсами.

По отношению к тому, кто осуществляет оценку, она может быть внутренней (ее еще называют самооценкой) или внешней. Внешняя оценка проводится приглашенным специалистом. При этом важно, чтобы он не только не работал в вашей организации, но и не был связан с ней отношениями, которые можно расценить как конфликт интересов (например, такой специалист не должен быть прямым родственником кого-либо из руководителей организации или быть одним из тех, кто получает от нее помощь). Такую оценку, проводимую приглашенным экспертом, еще называют независимой оценкой.

Внутренняя оценка, или самооценка, о которой и пойдет речь в дальнейшем, осуществляется теми же самыми людьми, которые работают в организации. Это проще и сложнее одновременно, потому что, с одной стороны, кто же знает организацию лучше, чем ее сотрудники, а с другой – проведение такой оценки потребует дополнительных усилий, а иногда и мужества, чтобы «подняться над ситуацией» и быть действительно объективными.

В зависимости от того, когда проводятся оценки, они подразделяется на предварительные, промежуточные и завершающие. Предварительная оценка проводится на этапе планирования проекта, при этом оценивается еще не реализованный проект, проект, как предложение вашей будущей работы. Промежуточная оценка проводится во время работы по программе или проекту, чтобы помочь проекту более успешно достигнуть намеченных целей и привести к планируемым результатам. Проме-

жуточную оценку также проводят, если в ходе реализации проекта возникли проблемы, причины возникновения которых неясны, – в этом случае оценка называется диагностической и служит возвращению проекта «на путь истинный». Завершающая оценка проводится незадолго до завершения проекта или сразу же после этого. Такая оценка дает возможность понять, что собой представляет проект, достигнуты ли его цели, получены ли планируемые результаты. Если проект предполагается повторять где-либо еще, завершающая оценка поможет избежать ошибок при реализации подобных проектов в будущем.

Можно также проводить оценку «постфактум». Такая оценка проводится обязательно через какое-то время (возможно, через полгода или год) после того, как проект полностью завершен и можно проанализировать его воздействие. В ходе подобной оценки обычно анализируются все (или почти все) изменения, вызванные проектом и то, насколько они стабильны, то есть сохраняются ли изменения без дальнейшего воздействия со стороны проекта.

Одна из ключевых задач любой оценки: улучшить работу проекта или организации в целом, сделать ее деятельность более эффективной и полезной. Наиболее часто подвергаются оценке финансовая эффективность проекта или организации, эффективность управления, методология, устойчивость и результаты проекта. При этом ставятся следующие вопросы¹:

ЧТО ОЦЕНИВАЕТСЯ	КАКИЕ ВОПРОСЫ СТАВЯТСЯ
Финансовая эффективность проекта	Насколько приемлемо соотношение ресурсов, вовлеченных в проект (в целом и/или для осуществления отдельных этапов), и его результатов? Можно ли добиться удешевления подобных проектов в будущем, сохранив то же качество и тот же объем результатов?
Эффективность управления проектом	Соответствует ли выбранная схема управления типу проекта и осуществляемым видам деятельности? Способствовала ли она успешной реализации проекта? Достаточно ли гибко руководители проекта реагировали на изменения, влиявшие на ход проекта? Насколько правильными (ошибочными) были принимаемые решения?

¹ Бодунген А. Оценка деятельности НКО // Школа по оценке проектов, Новосибирск, 26-30 ноября 2001 г.

Методология проекта	Все ли методы привели к достижению заявленных результатов? Какие методы оказались наиболее (наименее) эффективными?
Устойчивость проекта	Будет ли работать этот проект при его повторении в другом месте? Сохранил ли проект актуальность, соответствует ли он сегодняшнему дню? Будет ли жизнеспособен проект после завершения его специального финансирования? (Как правило, этот вопрос особенно волнует фонды)
Полнота решения проблемы или удовлетворения потребности	В какой мере проектом решена заявленная проблема? Можно ли говорить о том, что проблема решена кардинально, то есть не появится вновь? Достаточно ли полно удовлетворены потребности клиентов (подопечных) проекта?

Структура оценки – это методическая основа, ориентированная на задачи и вопросы оценки и устанавливающая методы сбора и обработки данных, план работ, ресурсное обеспечение, систему отчетности и контроля исполнения проекта. Для того, чтобы определить структуру оценки, необходимо продумать, какая информация понадобится для ее проведения, каким образом можно будет получить необходимые данные, кто именно будет собирать информацию, какие методы анализа данных следует применить, потребуется ли в ходе оценки консультация специалиста в какой-либо области; потребуются ли помощники (например, для проведения анкетирования или интервьюирования клиентов организации); сколько времени понадобится для проведения оценки, какие ресурсы понадобятся для проведения оценки.

Для тех, кто будет использовать результаты оценки, важно понимать не только что и почему произошло, но и что делать. Вот почему непосредственно после оценки того, что уже сделано, следует этап корректировки планов. Например, в случае проведения оценки деятельности одного из реабилитационных центров, опрос клиентов помог точнее определять их потребности и соответственно более качественно и адресно предоставлять им услуги.

Вообще, в том случае, когда деятельность организации в целом или отдельные проекты направлены на предоставление конкретных услуг, желательно представить «истории» о конкретных людях, чья жизнь изменилась в результате осуществления проекта. Ведь отчеты только по результатам, описанным в заявке, как правило, отражают проведение за-

планированных мероприятий и не дают представления о том, изменилась ли как-либо ситуация для целевой группы после реализации проекта. Иными словами, необходимо отслеживать воздействие проекта на целевые группы «благополучателей», или клиентов. Кроме того, для повышения эффективности деятельности организации важно уделять внимание не только соответствию первоначальному плану мероприятий, но отслеживать причины успеха и неудач, чтобы повлиять в дальнейшем на управленческие решения. Для того, чтобы это можно было сделать, следует еще на этапе написания заявки продумать и включить в проект четкие показатели эффекта проекта в долгосрочной перспективе: вызовет ли запланированный цикл мероприятий желаемые изменения. По итогам проекта важно провести оценку результатов по данным показателям: например, привело ли обучение школьников по вопросам понимания проблем инвалидности к изменению их отношения к людям с инвалидностью и их проблемам¹.

Сегодня необходимо создавать и внедрять систему анализа эффективности как государственных социальных служб, которые предоставляют инвалидам социальные услуги, сервисы реабилитации, занятости, переподготовки, так и благотворительных проектов и программ, причем эта система должна действовать и на уровне самих учреждений, предоставляющих услуги, и на уровне финансирующих, и на уровне исследовательских организаций.

ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ПРОГРАММ²

I. Основой оценки программ может быть только точная и достоверная информация.

II. Исполнение работы по оценке должно быть компетентным.

III. Специалисты по оценке программ гарантируют честность и открытость всего процесса оценки.

IV. Специалисты по оценке программ уважают безопасность и достоинство людей, с которыми они взаимодействуют в процессе своей профессиональной деятельности.

V. Специалисты по оценке программ имеют профессиональные обязательства, определяющиеся общественными интересами и общественным благом.

¹ Боровых А., Грешнова Е. Исследование эффективности проектов и программ благотворительных организаций // Благотворительность в России. Социальные и исторические исследования. СПб., Лики России, 2001.

² Международная сеть оценки программ (IPEN): <http://www.ipen21.org/ipen/>



Вопросы и задания

1. Для чего необходимо осуществлять оценку деятельности организаций и проектов, которые нацелены на работу с инвалидами?
2. Приведите пример организации, осуществляющей социальное обслуживание инвалидов. Попробуйте составить структуру оценки такой организации.
3. В группе однокурсников набросайте основные идеи проекта, решающего одну из важных проблем социальной интеграции инвалидов. Каковы его цели, задачи, ожидаемые результаты? Предусмотрите параметры, по которым можно отслеживать эффективность этого проекта.

Литература

1. Боровых А., Грешнова Е. Исследование эффективности проектов и программ благотворительных организаций // Благотворительность в России. Социальные и исторические исследования. СПб., Лики России, 2001
2. Кузьмин А. и др., Особенности проведения отдельных этапов оценки проектов и программ // Материалы для Школы по оценке программ, 2001., <http://www.ipen21.org/ipen/>
3. Реформа системы управления городской экономикой в России в 1998 – 2000 годах. Под ред. Косаревой Н.Б., Р. Дж. Страйка. // Фонд «Институт экономики города», 2001.
4. Смурова Т.С. Эффективность танцевальных занятий для повышения уровня физической подготовленности инвалидов по зрению // Теория и практика физической культуры №1 1998 <http://www.infosport.ru/press/tpfk/1998N1/p54-55.htm>
5. Ядов В.А., Стратегия социологического исследования. М.: Добросвет, 2001.
6. Международная сеть оценки программ (Россия) <http://www.ipen21.org/ipen/>
Фонд «Институт экономики города» <http://www.urbanecomomics.ru/>

4. НЕЗАВИСИМАЯ ЖИЗНЬ ИНВАЛИДОВ КАК ЦЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Роль общественных организаций инвалидов. Концепция независимой жизни инвалидов. Центр независимой жизни как модель социального об-

служивания инвалидов. Социальное партнерство как ресурс социальной работы. Принцип антидискриминации в работе с инвалидами. Язык и этикет общения с инвалидами. Формирование позитивного общественного мнения об инвалидах как задача социальной работы. Взаимодействие со СМИ

Концепция независимой жизни инвалидов

Инвалидность – это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью.

Понятие «независимая жизнь» в концептуальном значении подразумевает два взаимосвязанных момента. В социально-политическом значении независимая жизнь – это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, страхованию, труду и образованию. Независимая жизнь – это возможность самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. В социально-политическом значении независимая жизнь не зависит от вынужденности человека прибегать к посторонней помощи или вспомогательным средствам, необходимым для его физического функционирования.

В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими личностями, от физических возможностей, от окружающей среды и степени развития систем служб поддержки. Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, что он ставит перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества.

С точки зрения философии независимой жизни, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Таким образом, человек, имеющий инвалидность, попадает в ту же сферу взаимосвязанных отношений между членами общества. Для того, чтобы он сам мог принимать решения и определять свои действия, создаются социальные службы, которые, так же как мастерская по ремонту автомобилей или ателье, компенсируют его неумение делать что-то.

Включение в инфраструктуру общества системы социальных служб, которым человек, имеющий инвалидность, мог бы делегировать свои ограниченные возможности, сделало бы его равноправным членом общества, самостоятельно принимающим решения и ответственность за свои поступки, приносящим пользу государству. Именно такие службы освободили бы человека, имеющего инвалидность, от унижающей человеческое достоинство зависимости от окружающей среды, и высвободили бы бесценные человеческие ресурсы (родителей и родственников) для свободного труда на благо общества.

Независимая жизнь означает право и возможность выбирать самим, как жить. Это значит – жить так же, как и другие, имея возможность самим решать, что делать, с кем встречаться и куда пойти, будучи ограниченным лишь в той степени, в которой ограничены другие люди, не имеющие инвалидности. Это – иметь право ошибаться так же, как любой другой человек.

Чтобы стать действительно независимыми, инвалиды должны противостоять множеству преград и преодолеть их. Такие преграды могут быть явными (физическая среда), а также скрытыми (отношение людей). Если преодолеть эти преграды, можно добиться многих преимуществ для себя, это – первый шаг на пути к тому, чтобы жить полноценной жизнью, выступая в роли работников, работодателей, супругов, родителей, спортсменов, политиков и налогоплательщиков, иначе говоря, чтобы в полной мере участвовать в жизни общества и быть его активным членом.

Независимая жизнь инвалидов – это...

- возможность самим определять и выбирать такой образ жизни, который позволяет самостоятельно принимать решения и свободно управлять обстоятельствами в разных жизненных ситуациях.
- право человека быть неотъемлемой частью современного общества, и принимая активное участие в социальных и политических процессах, иметь свободу выбора.
- возможность иметь право полного участия в процессах медицинской и социальной реабилитации, и быть главным экспертом в оценке их качества.
- право человека иметь свободный доступ к жилью и среде обитания, социальной инфраструктуре и транспорту, рабо-

те и образованию, медицинскому обслуживанию и социальным услугам.

- все то, что дает возможность инвалиду считать себя Личностью и быть независимым человеком¹.

Философия независимой жизни в широком смысле представляет собой движение в защиту гражданских прав миллионов инвалидов по всему миру. Это – волна протеста против сегрегации и дискриминации инвалидов, а также поддержка прав инвалидов и их способностей в полной мере разделить обязанности и радости нашего общества.

Философия независимой жизни во всем мире определяется как возможность полностью контролировать свою жизнь на основе приемлемого выбора, который сводит к минимуму зависимость от других людей в принятии решений и осуществлении повседневной деятельности. Это понятие включает контроль над собственными делами, участие в повседневной жизни общества, исполнение целого ряда социальных ролей и принятие решений, ведущих к самоопределению и уменьшению психологической или физической зависимости от других. Независимость – понятие относительное, которое каждый человек определяет по-своему. Философия независимой жизни ясно определяет различие между лишеной смысла жизнью в изоляции и приносящим удовлетворение участием в жизни общества.

Приведенная ниже декларация независимости создана инвалидом и выражает позицию активной личности, субъекта собственной жизни и социальных изменений.

ДЕКЛАРАЦИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ ИНВАЛИДА

Норман Кюнк, американский адвокат по правам инвалидов²

- Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.
- Не надо меня жалеть, я не так слаб, как кажется.
- Не рассматривайте меня как пациента, так как я просто ваш соотечественник.
- Не старайтесь изменить меня. У вас нет на это права.
- Не пытайтесь руководить мною. Я имею право на собственную жизнь, как любая личность.

¹ Виртуальный центр независимой жизни инвалидов Магаданской области.
<http://independentfor.narod.ru/>

² Виртуальный центр независимой жизни инвалидов Магаданской области.
<http://independentfor.narod.ru/>

- Не учите быть меня покорным, смиренным и вежливым. Не делайте мне одолжения.
- Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.
- Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.
- Помогите мне познать то, что я хочу.
- Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в попытке сделать лучше.
- Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.
- Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, если это даже доставляет вам удовольствие.
- Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.
- Узнайте меня получше. Мы можем стать друзьями.
- Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.
- Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство. Слушайте, поддерживайте и действуйте.

Центр Независимой жизни как модель социального обслуживания инвалидов

В мире существуют такие организации инвалидов, которые специально занимаются вопросами продвижения идеологии и практики независимой жизни. Такие организации называются центрами независимой жизни (ЦНЖ), они появляются и в России.

Центр независимой жизни – это комплексная инновационная модель системы социальных служб, которые в условиях дискриминирующего законодательства, недоступной архитектурной среды и консервативного в отношении людей, имеющих инвалидность, общественного сознания, создают для людей с инвалидностью режим равных возможностей.

Центры Независимой жизни (ЦНЖ) - распространенные на Западе организации инвалидов. Это общественные некоммерческие организации, которыми руководят инвалиды. Благодаря активному привлечению

самих инвалидов к поиску личных и общественных ресурсов, а также к управлению этими ресурсами, ЦНЖ помогают им получить и сохранить возможность управлять своей жизнью.

ЦНЖ осуществляют четыре основных типа программ:

1) Информирование и предоставление справочной информации: эта программа базируется на убеждении, что доступ к информации укрепляет способность человека управлять своей жизненной ситуацией.

2) Консультирование "равными" (обмен опытом): подталкивает инвалида к тому, чтобы удовлетворять свои потребности, принимая ответственность за свою жизнь. Консультантом также выступает инвалид, который делится своим опытом и навыками независимой жизни. Опытный консультант выступает в качестве ролевой модели инвалида, который сумел преодолеть преграды, чтобы жить полноценной жизнью наравне с другими членами общества.

Индивидуальные консультации по защите прав и интересов инвалидов: Канадские ЦНЖ работают с отдельными людьми, чтобы помочь им осуществить их личные цели. Координатор обучает человека говорить от своего имени, выступать в свою защиту, самому отстаивать свои права. В основе такого подхода лежит убеждение, что сам человек лучше знает, в каких услугах он нуждается.

4) Предоставление услуг: совершенствование услуг и возможностей ЦНЖ оказывать услуги клиентам происходит путем исследований и планирования, через демонстрационные программы, использование сети контактов, посредством контроля за предоставляемыми услугами (помощь по дому и услуги персональных ассистентов, транспортные услуги, помощь инвалидам во время отсутствия (отпуска) людей, осуществляющих уход за ними, ссуды для приобретения вспомогательных приспособлений).

Приведем сведения о зарубежных¹ и отечественных ЦНЖ.

*Центр Независимой жизни Западной Австралии*², наряду с шестью подобными центрами, является членом Австралийского Комитета Независимой жизни, крупнейшей организации страны, которая защищает интересы инвалидов. Комитет разрабатывает общенациональную стратегию, которая осуществляется Центрами Независимой жизни, создает и обновляет компьютерную базу данных, оказывает помощь в создании новых центров независимой жизни в Австралии и за ее пределами, представляет и лоббирует интересы инвалидов и центров независимой жизни в государственных и политических структурах.

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов // Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

² <http://www.iinet.au/~ilswa/ilc/nationalILC.html>

Центр Независимой жизни Западной Австралии – некоммерческая служба, которая дает инвалидам и тем, кто выступает в их интересах, беспристрастные и компетентные консультации по вопросам оборудования, строительства, дизайна, доступности и ресурсов.

Центр оказывает следующие услуги:

- Демонстрация оборудования
- Информация и консультации
- Компьютерная база данных
- Мобильный информационный и демонстрационный стенд
- Услуги в области коммуникации
- Консультирование по вопросам доступности и дизайна
- Образование и обучение (навыки независимой жизни, умение пользоваться техническими приспособлениями)
- Публикации
- Прокат оборудования
- Справочная библиотека

Центр независимой жизни в Беркли (США)¹, начиная с 1972 г., времени своего основания, оказывает значительное влияние на архитектурные изменения, делающие среду доступной для инвалидов, а также оказывает своим клиентам целый комплекс услуг:

- Услуги персональных помощников: кандидаты на эту должность отбираются, с ними проводится собеседование. Персональные помощники помогают своим клиентам в ведении хозяйства и обслуживании, что позволяет им быть более независимыми.
- Обслуживание слепых: для слепых и слабовидящих Центр предлагает группы взаимного консультирования и поддержки, тренинг навыков независимой жизни, оборудование для чтения. Имеется специальный магазин и пункт проката этого оборудования и аудиозаписей.
- Проект клиентской помощи: это часть федеральной программы защиты прав потребителей и бывших клиентов департамента реабилитации в рамках закона о реабилитации.
- Проект "выбор клиента". Проект специально разработан для того, чтобы продемонстрировать способы расширить возможность выбора в процессе реабилитации инвалидов, в том числе инвалидов из числа национальных меньшинств и людей с ограниченным знанием английского языка.
- Обслуживание глухих и глухонемых: группы поддержки и консультирование, перевод на язык жестов, перевод корреспонденции

¹ <http://www.cilberkley.org>

с английского на американский язык жестов, помощь в общении, тренинг навыков независимой жизни, индивидуальная помощь.

- Помощь в трудоустройстве: поиск работы для инвалидов, подготовка к собеседованию, написание резюме, навыки поиска работы, информация и последующее консультирование, "рабочий клуб"
- Консультирование по финансовым вопросам: справочная, консультирование, просвещение по вопросам финансовых льгот, страховки и другим социальным программам.
- Жилье: консультирование по жилищным проблемам доступно для клиентов, которые живут в Беркли и Окленде, а также для людей с психической инвалидностью округа Аламеда. Специалисты Центра оказывают помощь в поиске и содержании доступного жилья, дают справки о программах найма жилья, переселения, скидок и льгот. Они имеют базу данных и поддерживают связь с домовладельцами, располагают информацией о федеральном и местном жилищном законодательстве, помогают связаться с адвокатскими конторами, писать письма и вести переговоры с землевладельцами. Для клиентов с низкими доходами в Беркли существует возможность оборудовать существующее жилье разборными пандусами и другим оборудованием.
- Навыки независимой жизни: консультанты-инвалиды проводят семинары, группы поддержки, а также индивидуальные занятия, посвященные развитию навыков независимой жизни и социализации, а также использованию технических средств.
- "Двигаться дальше" - программа развития навыков независимой жизни, разработанная для подростков и молодежи, которая предусматривает индивидуальные занятия с тренером.
- Юридическая консультация: раз в месяц с клиентами встречаются юристы из окружной ассоциации адвокатов и обсуждают случаи дискриминации, контракты, семейное, жилищное законодательство, вопросы уголовного характера и т.п. Услуги адвокатов бесплатны.
- Взаимная поддержка и консультирование по различным вопросам, с которыми инвалиды сталкиваются в обычной жизни: индивидуальная, групповая, для семейных пар.
- Молодежная служба: индивидуальное и семейное консультирование молодых инвалидов и их родителей в возрасте от 14 до 22 лет, техническая поддержка, тренинги, разработка индивидуальных планов обучения, семинары и группы взаимной поддержки для родителей, техническая помощь учителям, которые обучают в своих классах инвалидов, летние лагеря.

Ресурсный Центр Независимой жизни (Виннипег, Канада) (РЦНС) – это организация, которая создана и управляется инвалидами. Центр предлагает своим клиентам возможность:

- научиться управлять своей жизнью
- раскрыть новые возможности
- узнать о том, что значит делать выбор
- приобрести уверенность в себе

Программы, выполняемые Центром:

- *Информация: «Я живу один в своем доме, но мне требуется помощь по саду и уборке снега. Кому мне можно позвонить?»*. Информация побуждает действовать и стремиться к независимой жизни. Специалисты Центра предоставляют информацию, касающуюся потребностей инвалидов для независимой жизни.
- *Взаимная поддержка: «Я беременна, и не представляю, как я справлюсь. Я бы хотела пообщаться с другой женщиной-инвалидом, у которой есть ребенок»*. Иногда нам достаточно знать, что кто-то другой понимает нас, потому что оказывается на нашем месте. Если Вы - инвалид, и хотите обсудить свои заботы с другим человеком, который испытывал те же проблемы, для вас существует программа взаимной поддержки.
- *Отстаивание своих прав: «Мне нужен транспорт, чтобы посещать вечерние курсы, машина мне не по карману. Мой социальный работник не одобряет расходы на транспортные услуги. Что мне делать?»* Получить то, что Вы должны, можно, главным образом, зная, к кому Вам нужно обратиться, какую стратегию выработать. Центр разработал стратегию отстаивания интересов инвалидов, с помощью которой вы можете добиваться удовлетворения своих прав.
- *Навыки независимой жизни: «Я не хочу жить с родителями. Они стареют и им тяжело справиться с моей инвалидностью. Как сказать им, что я хочу уйти, да и куда я могу уйти?»* Жизненные навыки, такие как уверенность, умение общаться, целенаправленность являются основой независимости. В РЦНС путем групповых и индивидуальных тренингов и упражнений людям предлагают возможность определить цели их независимой жизни.
- *Развитие услуг: «Я хотел бы стать независимым, но мне нужны были услуги, которых не существовало. С помощью РЦНС я нашел способы получения этих услуг»*. Очень часто инвалиды испытывают специфические потребности, которые до сих пор не удовлетворялись. РЦНС создает возможности для того, чтобы сами инвалиды (клиенты) определяли то, что им нужно. Вот несколько примеров:

- Обучение на досуге (клубы по интересам).
- Поддержка добровольцев
- Информационная сеть (среди своих)
- Забота о себе
- Организация летнего отдыха
- Независимость пожилых людей
- Индивидуальное посредничество
- Исследования в области независимой жизни

Институт Независимой жизни (Швеция) формулирует свою миссию следующим образом. Задачи Института – это деятельность в области образования для обеспечения новых возможностей, необходимых, чтобы добиться самоопределения, полноценного участия в жизни общества и равенства инвалидов как в Швеции, так и за ее пределами. Эта деятельность заключается в разработке и распространении обучающих материалов и информации, а также в проведении различных курсов, семинаров и поездок.

История. В апреле 1989 г. более 80 инвалидов участвовало в работе Европарламента в Страсбурге и трехдневной конференции, посвященной вопросам персональной помощи. Во время этой конференции была основана Европейская Сеть Независимой жизни.

В 1993 г. две организации, участвовавшие в Страсбургской конференции (Стокгольмский и Готенбургский Кооперативы Независимой Жизни) создали Институт Независимой жизни. Их целью было содействие развитию движения Независимой жизни в Швеции и за ее пределами.

Деятельность Института включает следующие направления:

- *Консультирование.* Недавно Институт заключил соглашение с Министерством социальной защиты Словакии. Этот проект финансируется в рамках европейской программы PHARE. В ходе годовичного проекта Институт давал консультации по вопросам персональной помощи, технических приспособлений, приспособления жилья и транспорта для нужд инвалидов, а также начал осуществление новой модели персональной помощи, основанной на прямых платежах, и внедрение нового такси, приспособленного как для обычных людей, так и для инвалидов-колясочников.
- *Виртуальное пособие по доступной среде.* Этот проект осуществляется по гранту, недавно предоставленному Шведским Советом потребителей и заключается в разработке и тестировании пособия по доступной среде на базе сети Интернет.
- *Сеть персональной помощи.* В настоящий момент Институт изыскивает средства для создания в Интернете сети, посвященной персональной помощи. В проекте примут участие партнерские органи-

зации из Бельгии, Финляндии и Австрии, которые создадут свои собственные веб-серверы с документами (статьями, законодательными актами, комментариями, учебными пособиями, дискуссионными материалами), посвященными проблемам персональной помощи. Затем партнеры будут обмениваться своими материалами, переводить их, и, таким образом, будет создана обширная ресурсная библиотека, которой будут бесплатно пользоваться те, кто нуждается в таких услугах, кто предоставляет их, а также исследователи и те, кто определяет политику.

- *Техническая помощь.* Этот проект осуществляется совместно с клубом молодых инвалидов в Кошице (Словакия) в рамках европейской программы TACIS-PHARE. Проект заключается в том, чтобы постепенно превратить клуб в Центр Независимой жизни.

Ассоциация Центров Независимой жизни Миннесоты (США) – некоммерческая организация, цель которой - отстаивание прав инвалидов штата Миннесота на независимую жизнь, поиск новых ресурсов и обеспечение доступа к существующим ресурсам и услугам, необходимым инвалидам для независимой жизни. В Ассоциацию входят восемь Центров Независимой Жизни штата Миннесота, которые нацелены на улучшение качества жизни всех инвалидов, изменение традиционного подхода общества к проблемам инвалидов, отстаивание прав, устранение психологических, физических и экономических барьеров, создание равных возможностей. Центры оказывают следующие услуги:

- персональные помощники, медицинское обслуживание на дому, быт, образование, трудоустройство, оборудование, финансовые вопросы, медицинское обслуживание, жилье, отдых и транспорт
- развитие навыков, необходимых для независимой жизни
- специальная программа, разработанная для глухих и слабослышащих клиентов.
- развитие групп самопомощи и взаимной поддержки среди инвалидов
- предоставление информации о необходимых для инвалидов ресурсах, включая информацию о жилье, различных льготах и т. д.
- поиск ресурсов для строительства, аренды и приобретения пандусов, как стационарных, так и сборных.
- специальная программа, разработанная для студентов и молодых людей (14 - 24), помогающая им легче преодолеть переход между средней и высшей школой, между образованием и работой.

Центр Независимой жизни в городе Глазго (Великобритания) занимается следующими проектами и оказывает следующие услуги:

- информационные услуги, компьютерная база данных;

- наем персональных помощников, тренинги для инвалидов;
- программа по отстаиванию прав инвалидов;
- жилье для инвалидов: вопросы доступности и собственности;
- трудоустройство и занятия для инвалидов;
- программы, разработанные для подготовки молодых лидеров: подготовка квалифицированных специалистов в области менеджмента и работы в команде;
- ресурсный центр для слепых;
- занятия по пониманию инвалидности;
- юридическая помощь и справочная;
- навыки независимой жизни.

Центр Независимой жизни Аризоны (США) предоставляет большой спектр услуг и программ для инвалидов, членов их семей, сотрудников и работодателей. Центр издает ежемесячный бюллетень, а также создает ток-шоу, посвященное проблемам инвалидности, на радио.

Программы Центра:

- защита прав и интересов инвалидов;
- раннее вмешательство в реабилитационные центры;
- оборудование жилья;
- обучение навыкам независимой жизни;
- информация и справки;
- программа наставничества;
- социализация через отдых;
- временная работа.

Приведем примеры деятельности нескольких российских Центров независимой жизни инвалидов.

*Тольяттинская городская общественная организация инвалидов "Центр независимой жизни"*¹ создана в результате участия в Межрегиональном проекте "Молодые инвалиды за социальные изменения" при партнерстве с РООИ "Перспектива" (г. Москва) и зарегистрирована в октябре 2000 г. Миссия организации: самоорганизация людей с инвалидностью для реализации интеллектуального, творческого и профессионального потенциала с целью интеграции в общество и изменения качества жизни на основании принципов Независимой Жизни.

Клиенты организации – это люди с инвалидностью, их родственники и близкие, а также государственные и негосударственные организации, работающие с инвалидами. Приоритетные направления: реализация проектов, направленных на вовлечение молодых людей с инвалидностью

¹ Тольяттинская городская общественная организация инвалидов "ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЖИЗНИ" <http://perspektiva-inva.ru/partners-togliatti.shtml>

в активное участие в жизни общества и отстаивание своих прав на доступное общество.

Основные направления работы:

- Информирование и предоставление справочной информации. Эта программа базируется на убеждении, что доступ к информации укрепляет способность человека управлять своей жизненной ситуацией.
- Консультирование "равными" (обмен опытом) подталкивает инвалида к тому, чтобы удовлетворять свои потребности, принимая ответственность за свою жизнь. Консультантом выступает также инвалид, который делится своим опытом и навыками независимой жизни. Опытный консультант выступает в качестве ролевой модели, который сумел преодолеть преграды, чтобы жить полноценной жизнью наравне с другими членами общества.
- Индивидуальные консультации по защите прав и интересов инвалидов предполагают работу с отдельными людьми, чтобы помочь им осуществить их личные цели. Координатор обучает человека говорить от своего имени, выступать в свою защиту, самому отстаивать свои права. В основе такого подхода лежит убеждение, что сам человек лучше знает, в каких услугах он нуждается.
- Предоставление услуг: совершенствование услуг и возможностей ЦНЖ оказывать услуги клиентам путем исследований и планирования, через демонстрационные программы, использование сети контактов, посредством контроля за предоставляемыми социальными услугами и развитие новых видов услуг, в том числе волонтеры, персональные помощники.
- Предоставление рабочих мест для инвалидов: содействие в трудоустройстве, создание рабочих мест на базе "ЦНЖ", открытие производственных участков.

Приоритетными в работе являются направления по привлечению молодых инвалидов в реализацию принципов Независимой Жизни и отстаиванию своих прав с вовлечением общественности в активное добровольческое движение (в том числе подростков и молодежь) и осуществление социального партнерства с другими НКО и госструктурами.

**Социальные проекты
Тольяттинского центра независимой жизни**

В истории организации – успешная реализация проектов «Молодые инвалиды за социальные изменения» (2000-2001) при партнерстве с РООИ "Перспектива" (финансирование фонда САФ): проведение исследований проблем и потребностей инвалидов, разработка и проведение семинаров по пониманию инвалидности, се-

минаров по отстаиванию прав и интересов на разных уровнях, проведение групп взаимной поддержки, социально-психологические тренинги.

В рамках проекта "Молодые инвалиды за социальные изменения" разработана Программа "Город равных возможностей", включающая движение "За доступную среду" с составлением карты доступности города и формированием картотеки социальных услуг для инвалидов Тольятти. В 2000 г. начата кампания "За доступный транспорт" с проведением Акции "За доступный транспорт" (8 декабря 2000 г.), "Круглого стола" "Как реализовать право инвалидов на свободу передвижения" с властными структурами и объединениями инвалидов, заочной конференции в СМИ "Станет ли доступным транспорт для инвалидов Тольятти?". В 2001 г. начато осуществление проекта "Виртуальный мир" (кружок компьютерной грамотности для молодых инвалидов) при финансировании Национальной Британской Лотереи через городской благотворительный фонд "Фонд Тольятти". Проведена презентация проекта "Карта доступности для Независимой Жизни", в сентябре продолжена работа при финансировании АЙРЕКС через ИЭКА "Поволжье" (г. Самара).

В течение 2001 - 2002 гг. реализован партнерский сетевой проект "Независимая жизнь" с РООИ "Перспектива" (Москва) (финансирование фонда САФ) - в рамках этого проекта консультанты и ведущие семинаров ТГООИ "Центр Независимой Жизни" оказывают поддержку ООИ, входящих в российскую Сеть ООИ, из других регионов (проведение семинаров, тренингов, оказание консультативной и методической помощи). Также в рамках этого проекта разрабатывается механизм обмена информацией между регионами. Тогда же выполнен проект "Российская молодежь - за общество, доступное для всех" (финансирование Фондом Форда) при партнерстве с РООИ "Перспектива" с целью распространения и развития модели вовлечения молодежи в решение социальных проблем путем осуществления деятельности, по созданию безбарьерного общества в четырех городах - Москве, Тольятти, Твери и Нижнем Новгороде.

Центр Независимой Жизни "Финист" г. Новосибирска¹ зарегистрирован в 1996 году на базе Новосибирского областного спортивно-реабилитационного клуба инвалидов колясочников "Финист", основанного в 1992 году. Центр создан для решения и реализации комплексных программ, необходимых людям с ограниченными физическими возможностями - людям, вынужденным в результате нарушения функций опорно-двигательного аппарата длительный период либо пожизненно иметь

¹ Центр Независимой Жизни "Финист" г. Новосибирска
<http://www.inval.intergrad.ru/organizacii/cNovosibirsk.html>

ограничения в передвижении. Главная цель центра - максимальное содействие людям с инвалидностью в возвращении их к активному образу жизни и интеграции в общество.

Центр Независимой Жизни "Финист" - фактически единственная общественная организация инвалидов в регионе Новосибирской области, комплексное реабилитационное учреждение для граждан-инвалидов, сочетающее в себе клуб общения, спортклуб, организацию, руководящую производством и тестированием инвалидных колясок, занимающуюся организацией медицинской реабилитации, а также образовательную структуру, занимающуюся дополнительным профессиональным образованием, позволяющим трудоустроить людей с ограниченными возможностями.

*Виртуальный центр независимой жизни молодых инвалидов Магаданской области*¹ оказывает услуги, предоставляя новости, информацию о возможностях образования и занятости, нормативно-правового характера, об истории общественного движения инвалидов, организуя службу знакомств, обмен мнениями и тематические дискуссии.

Общественные организации инвалидов и задачи социального партнерства

С одной стороны, – социальная политика в отношении инвалидов – это государственные и корпоративные стратегии управления ресурсами с целью формирования социальных условий таким образом, чтобы они становилось более или менее пригодными для жизни людей, имеющих те или иные ограничения жизнедеятельности. С другой стороны, это идеологически и рационально обоснованная стратегия коллективных действий инвалидов, стратегия влияния движений инвалидов на государство, организации и общество с целью добиться позитивных изменений.

Именно во втором случае решение многих жизненно важных вопросов оказывается в руках самих инвалидов, которые, объединяясь в организацию, могут добиться гораздо большего, чем если будут действовать в одиночку. Это важный вопрос в развитии демократии, когда «личное» становится «политическим», в том числе благодаря социальным движениям. Социальные движения рождаются из совместных действий людей и влияют на поведение личности, на самоопределение. Инвалиды стано-

¹ Виртуальный центр независимой жизни молодых инвалидов Магаданской области <http://independentfor.narod.ru/>

вятся активно действующими социальными субъектами, не только изменяя условия жизни, но и переопределяя себя.

Очевидно, способность инвалидов быть независимыми экономическими субъектами, участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества отражает степень реализации их социального гражданства. Коллективные действия, по определению Е.А.Здравомысловой, – это «рациональная совместная деятельность, цель которой заключается в улучшении жизненной ситуации участников». Общественное движение – «ряд повторяющихся коллективных действий, направленных на достижение заранее сформированной цели»¹.

Инвалиды сегодня включены в общественную деятельность, отстаивая себя и других перед лицом несправедливости, организуя культурные или спортивные мероприятия, выступая от имени инвалидов за признание и реализацию их гражданских прав. Обеспечение участия людей в принятии решений, которые непосредственно затрагивают их интересы, – важнейший принцип демократии. В этом отношении организации инвалидов являются выразителями нужд своих членов.

В России общественные организации имеют многолетнюю историю. Представители общественных организаций входят в Межведомственную комиссию по реабилитации инвалидов, подчиненную заместителю Председателя Правительства, где обсуждаются ключевые решения в отношении инвалидов. Всероссийское общество инвалидов (ВОИ), Всероссийское общество слепых (ВОС), Всероссийское общество глухих (ВОГ) активно участвуют в подготовке законов. ВОИ было создано в 1988 г. как единственная Всероссийская общественная организация для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата. ВОИ, ВОС и ВОГ осуществляют защиту законных прав инвалидов на местном и федеральном уровнях, активно взаимодействуют с государственными органами по реализации Закона о Социальной защите инвалидов, а также тесно сотрудничают с российскими и зарубежными организациями инвалидов, собирают и распространяют информацию по всем вопросам, касающимся инвалидов. В ВОИ входят 2,454 миллиона членов, объединенных в 79 региональных, 2 140 районных и городских и свыше 25 000 первичных организаций. Каждая региональная или районная организация ВОИ имеет свой устав и правление. Помимо вышеперечисленных организаций инвалидов в регионах России сложилась сеть общественных организаций цель деятельности которых - защищать права и интересы инвалидов и способствовать их интеграции в общество. В приложении 9 находится перечень некоторых наиболее крупных общественных организаций инвалидов России и СНГ².

¹ Здравомыслова Е.А. Парадигмы западной социологии общественных движений. СПб: Наука 1993. С.67; 68-69.

² <http://perspektiva-inva.ru>

Хотя общественные организации инвалидов и не обладают властной и ресурсной мощью государства, его социально-экономическим и организационным потенциалом, однако у них имеется ряд преимуществ, которыми в силу своей естественной природы не обладает государственный аппарат, но без которых невозможно обойтись в практическом решении проблем инвалидов. Среди этих преимуществ выделяются следующие.

1. Организации инвалидов объединяют в своих рядах самих инвалидов, а, следовательно, в своей работе они напрямую руководствуются жизненными интересами, ценностями и приоритетами входящих в них инвалидов и благодаря этому являются наиболее подходящими представителями этой категории граждан в отношениях с другими институтами общества.

2. Общественные объединения инвалидов несут в себе возможность самовыражения, самореализации инвалидов. Благодаря этому они могут аккумулировать и использовать такой уникальный ресурс, как социальная инициатива и активность самих инвалидов, это позволяет находить нетрадиционные способы постановки и решения социальных проблем.

3. Общественные объединения инвалидов являются единственной организованной социальной структурой, которая имеет возможность получать адекватную информацию о социальном положении и потребностях инвалидов. Такая информация совершенно необходима для разработки сколько-нибудь состоятельных нормативно-правовых актов и государственных программ поддержки и реабилитации инвалидов.

4. Внутренняя заинтересованность этих организаций в социальной защите своих членов или участников неизбежно приводит к формированию в них достаточно развитых, разветвленных организационных и кадровых структур, определенной социальной и производственной инфраструктуры. Эти структуры нацелены на решение проблем инвалидов и способны участвовать в реализации совместных с государством программ в этой сфере.

Источник: Государство и общественные организации инвалидов // Не-видимые люди. Газета Дагестанской ассоциации инвалидов. №1, 2000. <http://www.nl.dgu.ru/gov.htm>

В общегосударственном процессе решения проблем инвалидов их организации могут и должны выполнять специфические функции, которые государственные институты либо просто не в состоянии выполнять, либо будут выполнять с гораздо меньшим эффектом. Именно на этом разделении и взаимном дополнении функций и должно быть основано

социальное партнерство государства и организаций инвалидов в решении социальной проблематики инвалидов.

В число конкретных социальных функций организации инвалидов входят следующие.

- 1) непосредственная защита прав и интересов инвалидов
- 2) осуществление постоянной обратной связи между инвалидами и государственными органами, то есть участие в гармонизации отношений инвалидов с государственной властью;
- 3) производство и поставка информационного продукта о потребностях и приоритетах инвалидов в различных сферах жизнедеятельности, т.е. участие в информационном обеспечении нормативно-правовых проектов и государственных программ поддержания инвалидов;
- 4) оперативная адресная помощь инвалидам (членам организации) с использованием таких социальных ресурсов как труд добровольцев, частные и корпоративные пожертвования, доходы от собственной предпринимательской деятельности;
- 5) консультирование органов государственной власти на стадии выработки ими нормативно-правовых решений по проблемам инвалидов, непосредственное участие в планировании, разработке и экспертизе таких решений в качестве представителя будущих потребителей их результатов;
- 6) потребительская экспертиза, оценка уже действующих нормативно-правовых документов и государственных программ, затрагивающих права и интересы инвалидов;
- 7) выполнение роли субъекта законопроектной инициативы, в максимально возможной степени заинтересованного во внедрении системно правовой базы в области социальной защиты инвалидов;
- 8) осуществление общественного контроля за соблюдением принятых правовых актов по проблемам инвалидов.

Источник: Государство и общественные организации инвалидов инвалидов // Невидимые люди. Газета Дагестанской ассоциации инвалидов. №1, 2000. <http://www.nl.dgu.ru/gov.htm>

В России существует Совет по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации. Совет представляет собой совещательный орган, но его решения обязательны для всех участников. Успешной формой координации усилий различных министерств, ведомств, общественных организаций по оперативным направлениям деятельности является Межведомственная комиссия по реабилитации инвалидов.

Министерством труда, образовательными учреждениями, деловыми кругами и организациями третьего сектора успешно реализуются такие

направления социального партнерства, как занятость инвалидов, образование взрослых, профессиональная подготовка и переподготовка населения. Обсуждаются новые методы и технологии социального партнерства в профессиональной переподготовке безработных; проблемы обеспечения профессионального и дополнительного образования в условиях социального партнерства; социальное партнерство в социальной сфере и образовании инвалидов; социальное партнерство в организации исследований в сфере образования взрослых.

Одним из примеров активизации инвалидов в сфере социального обслуживания может быть проект «Мосты социального партнерства», который в 2002-2003 гг. реализовала Ростовская городская общественная организация инвалидов "Феникс" при поддержке американской программы АЙРЕКС. Задачами проекта были: оказание эффективной социально-правовой защиты интересов инвалидов силами коалиции НКО социальной сферы; продвижение прогрессивного механизма оказания качественных комплексных социальных услуг инвалидам малых, средних городов и сельских районов Ростовской области; развитие сети социального партнерства и тиражирование инновационной модели оказания качественных комплексных социальных услуг незащищенным слоям населения Ростовской области.

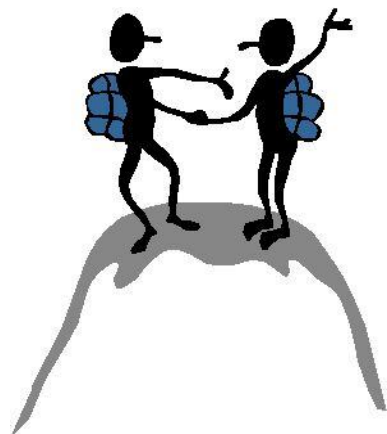
К сожалению, довольно часто некоторые общие и специализированные властные структуры настойчиво уклоняются от регулярного взаимодействия с организациями инвалидов. Государство пока еще не признало общественные организации инвалидов в качестве равноправного, независимого социального партнера. Процесс создания органов управления, обеспечивающих регулярную связь властных структур и организации инвалидов, носит пока крайне ограниченный характер. В свою очередь, руководители организации инвалидов высказывают озабоченность тем фактом, что многие члены их объединений ориентированы на потребление услуг и не проявляют интереса к его шагам в области защиты прав и интересов инвалидов, срабатывает заботливо выращенная государством на протяжении многих десятилетий психология социального иждивенчества. В руководящих органах объединений инвалидов явно не хватает способной молодежи с ее активными социальными установками, потенциалом к быстрому профессиональному обучению и эффективной работе¹. Социальные работники могут инициировать своевременные проекты подготовки компетентных менеджеров некоммерческих и бизнес-организаций инвалидов, в первую очередь из числа молодых инвалидов.

Важной причиной недостаточно эффективного выполнения организациями инвалидов их социальных функций является откровенная сла-

¹ Государство и общественные организации инвалидов <http://www.nl.dgu.ru/gov.htm>

бость финансово-экономического положения этих организаций. Экономически слабые организации инвалидов не могут эффективно выполнять свои функции и вынуждены направлять основные усилия на свое финансовое выживание. Практика финансовой поддержки государством организаций инвалидов в той ли иной форме широко распространена в зарубежных странах. Некоторые их национальных организаций инвалидов зарубежных стран все свои финансовые средства получают в форме дотаций от государства. Организации инвалидов в России в этом смысле находятся в значительно более сложном положении. Принцип государственной, в том числе, экономической, поддержки организаций инвалидов декларирован в Стандартных Правилах ООН. Однако, такая поддержка должна осуществляться в формах, которая бы не создавала угрозу для независимого, автономного статуса организаций инвалидов.

Активное участие общественных организаций инвалидов в общественно-политической жизни страны, тесное сотрудничество с органами государственной власти на федеральном и региональном уровнях в формировании законодательной базы по решению жизненно важных проблем граждан с ограниченными физическими возможностями - гарантия того, что проблемы инвалидов будут решаться¹.



Социальное партнерство, таким образом, выступает ресурсом независимой жизни и важным условием эффективности социальной работы. Участниками партнерских отношений могут выступать предприниматели, бизнесмены, которые могли бы оказывать содействие в трудоустройстве, реабилитации и лечении инвалидов, используя для этого различные способы: шефство над семьями и одинокими инвалидами, помощь домам инвалидов и престарелых, больницам, клиникам.

Все религиозные конфессии, в том числе Русская православная церковь, которая приняла концепцию Социального служения, следуя своим давним традициям, постепенно будут все шире выполнять благотворительную миссию, помогая инвалидам. В проектах социального партнерства необходимо задействовать возможности неправительственных правозащитных организаций, других негосударственных объединений, не

¹ Государство и общественные организации инвалидов <http://www.nl.dgu.ru/gov.htm>

только ассоциаций и обществ инвалидов, но и ветеранских, молодежных, женских организацией, клубов по интересам и других структур. Только так возможно сдвинуть с места решение назревшей проблемы.

Язык и этикет общения с инвалидами

Само понятие инвалид, инвалидный, инвалидность наводит на мысль об отклонении от нормы, в качестве которой выступает здоровье; обычно говорят: "инвалиды и здоровые". На самом деле инвалидность - это не всегда следствие заболевания, поэтому правильнее было бы противопоставлять инвалидов и не-инвалидов.

Нондискриминационный язык

Проверьте себя – не используете ли вы стереотипы и обобщения, не вызывает ли ваше описание жалость и не усиливает ли впечатление болезненности?

Если вы говорите или пишете о людях с физическими недостатками, старайтесь употреблять нейтральные слова, тщательно подбирайте выражения.

Вместо того, чтобы сказать «жертва такой-то аварии», говорите «человек, который перенес...» или «человек, с которым...».

Неверным является противопоставление «нормальный»-«инвалид» или «инвалид»-«здоровый», поэтому лучше говорить о людях с инвалидностью и без оной.

Никогда не применяйте слова «неполноценный», «калека», «больной», «эпилептик», «полиомиелитик», «дэцэпэшник», «даун», другие ярлыки и жаргонизмы.

Правила корректного языка¹

Таблица 7.

Используйте	Избегайте
Инвалид, человек, имеющий инвалидность, люди, имеющие инвалидность, инвалиды	Больной, калека, искалеченный, деформированный, неполноценный, дефективный (никогда!)
Человек, не имеющий инвалидности, обычный, типичный человек	Нормальный, здоровый
Человек, использующий инвалидную коляску	Прикованный к инвалидной коляске
Врожденная инвалидность	Врожденный дефект, несчастье
Имеет ДЦП (или другое)	Жертва ДЦП
Перенес полиомиелит, имеет инвалидность в результате полиомиелита	Страдает от полиомиелита, от последствий полиомиелита

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка Томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

Используйте	Избегайте
<p>Люди (человек), имеющие умственную отсталость Ребенок с задержкой в развитии Человек с задержкой в развитии</p>	<p>Отсталый, умственно неполноценный, "тормоз" (никогда!), слабоумный, умственно отсталые люди</p>
<p>Человек с синдромом Дауна</p>	<p>Даун, монголоид (никогда!)</p>
<p>Человек с эпилепсией Люди, подверженные припадкам Люди, подверженные эпилептическим припадкам</p>	<p>Эпилептик, припадочный</p>
<p>Люди, имеющие душевную болезнь Люди с душевным или эмоциональным расстройством</p>	<p>Сумасшедший, псих</p>
<p>Слепой человек Плохо видящий человек Человек, который плохо слышит Глухой человек Глухой (глухота - это культурное явление, в данном случае слово должно быть в кавычках)</p>	<p>Слепой, как крот (никогда), глухонемой, глухой, как пень</p>
<p>Человек с трудностями в общении, затруднениями в речи</p>	<p>Немой</p>

Акцент на языке отражает основной принцип социальной работы с инвалидами. В социальной работе очень важно фокусироваться не на проблеме, а на человеке, с его возможностями и условиями социального окружения. Именно на таком принципе основана так называемая нондискриминационная практика работы с инвалидами.

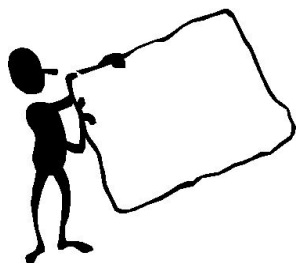
Нондискриминационная практика

Акцент – не на болезни, а на человеке и социальных условиях

Сотрудничая с общественными организациями инвалидов, социальным работникам и другим сотрудникам социальных служб было бы полезно следовать некоторым простым рекомендациям относительно того, как вести работу с проблемами инвалидов, взаимодействовать с людьми, имеющими ограниченные возможности¹.

Общение с человеком в инвалидной коляске

- При разговоре обращайтесь непосредственно к человеку.
- Если в разговоре принимает участие несколько собеседников, обращайтесь лично к человеку в инвалидной коляске, чтобы не исключить его из общения.
- Если вы общаетесь с человеком в инвалидной коляске, вначале спросите у него или у нее, не нужна ли помощь.
- Человек в инвалидной коляске подскажет вам, что и как нужно сделать.
- Не облакачивайтесь и не опирайтесь на коляску, если только ее владелец не разрешил вам этого сделать.
- Наклонитесь или присядьте, расположитесь рядом на стуле, чтобы оказаться на одном уровне с инвалидной коляской.

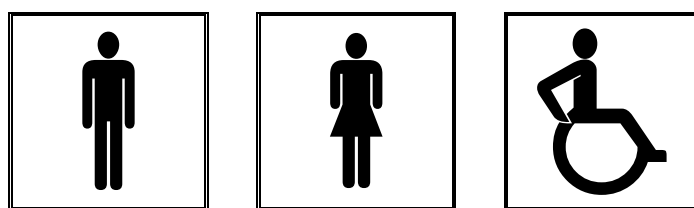


Существуют особенности коммуникации с людьми, имеющими ослабленный слух, зрение, особенности интеллектуального развития. Основы этикета в общении с ними приведены в Приложении 5.

¹ Рекомендации разработаны с использованием следующих материалов: Брайнс Дж. Как общаться с инвалидами. М.: «Преодоление», 1993.

Гендерный подход: социальное обслуживание мужчин и женщин с инвалидностью

Инвалидность возникает, когда физические, сенсорные, умственные нарушения сталкиваются с реакцией общества, а также отсутствием необходимых технологий или услуг. С одной стороны, общество отказывает инвалидам в половой принадлежности, и самая простая иллюстрация тому – это знаки на туалетах в общественных учреждениях (см.рис.). Отметим, что в России инвалидам-колясочникам вообще отказано в общественной деятельности ввиду изобилия физических барьеров, отсутствия специально оборудованного транспорта, въездов в здания, лифтов и мест общественного пользования.



Обозначения общественных туалетов: для мужчин, женщин, инвалидов

С другой стороны, гендер выступает важнейшим фактором переживания человеком инвалидности, о чем свидетельствуют следующие факты из статистики Всемирной организации здравоохранения: 1) женщины с инвалидностью составляют социальную группу с самым низким уровнем жизни; 2) женщины и дети с инвалидностью часто подвергаются жестокому (физическому, сексуальному, эмоциональному) обращению; 3) в странах третьего мира девочки с инвалидностью весьма незначительно представлены среди учащихся школ, а среди взрослых женщин-инвалидов практически 100 % безработных; 4) специалисты, работающие с инвалидами, получают низкую зарплату, поэтому среди них преобладают женщины; 5) академическое сообщество, включая представителей феминистских направлений, не интересуется вопросами инвалидности, а в социальной политике по отношению к инвалидам игнорируются гендерные аспекты.

Мужчины, сопротивляясь стереотипам, все же могут приобрести высокий статус, которому будут соответствовать социальные роли, тогда как женщины во многих случаях лишены такой возможности. Стереотипные образы женственности и инвалидности как пассивности, соединяясь, лишь усиливают друг друга. Жизненная реальность инвалидов отличается от этих стереотипов. Здесь следует говорить не только о различии интеллектуальных и физических характеристик мужчин и женщин, но и о том, что эти характеристики часто связаны с дополнительными потребностями, например, возможностями независимой жизни. Половая

принадлежность инвалида предоставляет совершенно разные возможности мужчине и женщине.

Женщины с инвалидностью под действием многих обстоятельств, хотя и работая в общественных организациях инвалидов, в меньшей степени участвуют в принятии решений, их истории редко представлены в примерах независимой жизни, среди них гораздо меньше руководителей организаций и на конференциях и собраниях по проблемам инвалидов, как правило, присутствуют мужчины. Гендерные стереотипы и дискриминирующие социальные установки затрудняют развитие социальной толерантности и препятствуют полноценному участию детей-инвалидов и их семей, а также взрослых инвалидов в жизни современного общества.

Принцип участия

- Если вы приглашаете на встречу представителей общественной организации инвалидов, постарайтесь добиться, чтобы среди представителей были не только мужчины, но и женщины.
- Проследите, чтобы эта встреча проходила в месте, до которого инвалиды могут беспрепятственно добраться, обеспечьте присутствие волонтеров, чья помощь может понадобиться в тех ситуациях, когда мобильность инвалидов затруднена.

Социальные работники в своей деятельности должны учитывать, что инвалидность и пол в совокупности, а не по отдельности воздействуют на положение индивида в обществе и определенным образом оформляют его или ее жизненные шансы. Исследования показывают, что женщины с инвалидностью нередко подвергаются двойной дискриминации – при приеме на работу, при поступлении в образовательные учреждения – ввиду их инвалидности и половой принадлежности.

Главное препятствие полноценной независимой жизни инвалидов, в том числе и сексуальной, - это представления об инвалидах как больных, которые нуждаются в постоянной заботе и помощи, которых следует жалеть и которым нужно сочувствовать, «которым чего-то не хватает», то есть отождествление их с неполноценными людьми.

В средствах массовой информации или кино редки репрезентации инвалидов, которые просто рассказывают что-то интересное о своей профессии, обучении, политической активности или о себе в роли родителей. Дискурс «неполноценности» разрывает категории «инвалидности» и «неинвалидных практик», в т.ч. сексуальных. В результате родители, воспитатели, медики, а порой и сами инвалиды полагают, что секс и инвалидность не могут сосуществовать.

«Нельзя говорить на тему сексуальности, делая обобщение о гендерных отношениях всех людей с инвалидностью. Поверхностный взгляд на проблему может дать ответ, что люди с более серьезным физическим недостатком имеют меньше шансов на счастливые половые отношения и развитие сексуальности, чем люди с менее серьезным недостатком. Но это совсем не так просто. Особенно решающую роль здесь играет характер воспитания. Но, конечно, важную роль играют судьба и везение» – заявила Петра Йориссен из Совета по делам инвалидов Нидерландов на форуме в Киеве. По ее мнению, техническая сторона секса, как правило, не является главной проблемой, не имеет значения, каким способом человек занимается любовью, или в какой позе он это делает. На Западе инвалиды организуют самопомощь, понимая, что они имеют такие же права, как другие граждане, в том числе и на сексуальную жизнь. Так, группа инвалидов в Нидерландах учредила бюро эротических услуг для инвалидов, в котором можно заказать эротический массаж или сексуальные услуги. В некоторых городах инвалидам частично или полностью возмещают средства, которые они затрачивают на получение подобных услуг.

Сегодня в России тема гендера, семьи и сексуальности признана важнейшим аспектом гармоничности социальной сферы. Появляются переводная сексологическая литература, Интернет-публикации, журнал «Социальная защита» начинает выпускать приложение под названием «Секс для пожилых и инвалидов».

Социальное обслуживание инвалидов должно носить нон-дискриминационный характер, следует выявлять и преодолевать те гендерные стереотипы в профессиональной практике социальной работы, которые унижают человеческое достоинство и ограничивают жизненный выбор.

Гендерные стереотипы

- Женщины с инвалидностью нередко подвергаются двойной дискриминации – при приеме на работу, при поступлении в образовательные учреждения.
- Избегайте обобщений, из которых следует, что женщине с инвалидностью меньше нужна помощь, т.к. она – женщина...
- ...или, что инвалид-мужчина стойко и смело переносит все трудности, потому что он мужчина.

Если социальный работник сумеет распознать и опровергнуть подобную стереотипную идеологию, то тем самым он или она подтвердят собственный профессионализм. Ведь социальная работа и социальная

реабилитация предполагают активизацию ресурсов клиента, создание условий для независимой жизни, уважение человеческого достоинства и соблюдение прав человека.

Организация современного общества часто противоречит интересам женщин и мужчин с инвалидностью. Семьям инвалидов доступны те же радости и горести супружеских и родительно-детских отношений, у них есть мечты, планы и реалии, так же как и в других, «нормальных» семьях. Многие из тех проблем, что испытывают инвалиды и их семьи, оказываются достаточно стандартными – возникают они по причине предубеждений по отношению к инвалидам со стороны окружающих, гендерных предрассудков и довольно типичных в семейной жизни межличностных конфликтов.

Однако для многих женщин и мужчин инвалидность не означает коллапс, изоляцию и одиночество, отказ от приключений, жизненных открытий и испытаний. Это просто другой тип испытания, благодаря которому можно выразить и укрепить себя, например, через любовь - к жизни, к людям и к себе. Инвалидность – это творческая и рациональная работа, особая философия и образ жизни. Вот как говорят об этом сами инвалиды: *«Эта ситуация помогла мне открыть черты жизни, которые я никогда раньше бы не увидела»; «Я так скажу - это все зависит больше от человека. Насколько он себя накрутил, насколько он сделал сам себя инвалидом, такие проблемы у него в этом плане и возникнут. Чем больше он себя считает инвалидом, тем меньше у него шансов на свободную жизнь, в том числе и на нормальную интимную жизнь».* Те люди, которым пришлось жить с инвалидностью, и их близкие, пережив испытания, становятся сильнее. Когда инвалидам позволяют делать вы-



бор и рисковать (обычно это часть существования каждого «типичного» человека), это возвышает человеческое достоинство и мобилизует каждого индивида, наделяя его ощущением самообладания и уверенности.

Сегодня в России проводятся конкурсы красоты и талантов среди инвалидов, конкурсы танцев на инвалидной коляске¹. Танцы на колясках (WHEELCHAIR DANCING) появились в Великобритании в конце 1960-х годов, и к середине 70-х они распространились по всей Европе. В 1998 году танцы на колясках, как вид спорта, был зачислен в список Международных Паралимпийских игр. Гертруда

¹ Танцующая планета. Вебсайт о танцах на инвалидных колясках <http://dancingplanet.narod.ru/>

Кромбхольтц (Германия) - председатель секции спортивных танцев на колясках в Международном Паралимпийском комитете. Первые официальные международные соревнования состоялись в Швеции в 1997 г. Это был чемпионат Европы. Первый чемпионат мира был организован в Японии в 1998 г.

В 1997 году танцевальный спорт пришел в Россию и Беларусь. Впервые в России, инвалиды на колясках танцевали на Фестивале балетного танца в Петербурге, в 1999 году. Сегодня более чем 5 500 танцоров из 40 стран мира (4000 - в колясках и 1500 партнеров - не в колясках) участвуют в этом танцевальном виде спорта, как на любительском уровне, так и на соревновательном.



В республике Бурятия недавно состоялся конкурс "Мисс Очарование" среди девушек-инвалидов. Там прошел не только конкурс "Мисс Украина на коляске", но и "Рыцарь Украины" среди парней, пользующихся инвалидной креслом. На сцену республиканской филармонии вышли 7 девушек, четверо - на коляске. Победителей и побежденных не было, потому что каждой девушке был присвоен свой титул "Мисс Юность", "Мисс Талант", мисс "Зрительских симпатий" и так далее.

Мисс "Очарование" стала 21-летняя колясочница Наталья Сычева из Кабанского района. Эта красавица год назад вышла замуж и имеет 8-месячную грудную дочку Олесю. Были вручены призы, учрежденные известными бурятскими фирмами, а генеральным спонсором мероприятия выступило министерство труда и социального развития республики. Участницы выступили в роли исторических и сказочных персонажей в конкурсе "Реинкарнация". Девушки перевоплощались в Чио-Чио-Сан, Кармен, морскую царевну, Клеопатру и даже в хозяйку кабаре "Мулен Руж", были убедительны в конкурсах "Представление", "Реклама спонсоров", а в заключение поразили присутствующих своими талантами. Зал встречал девушек настолько тепло, что невольно рассеялись страхи и сомнения участниц и организаторов. Не только сами девушки, но и многие зрители при-



знались, что этот праздник они не забудут до конца жизни¹. Такие мероприятия позволяют благотворно влиять на общественное мнение как среди инвалидов, так и окружающих их людей, всего социума, показать, что возможности людей зависят не только от их здоровья или технологий, но и от тех определений, которые приняты в обществе относительно красоты, нормы, полезности и человеческого достоинства.

Формирование позитивного общественного мнения об инвалидах как задача социальной работы

Инвалиды Западной Европы и Северной Америки с 1980-90-е гг. начали сопротивляться неадекватной репрезентации инвалидности в массовой культуре. С тех пор растет сопротивление негативному культурному образу инвалидности в масс медиа и искусстве, репрезентациям инвалидности как объекта милосердия и благотворительности. Социальные движения инвалидов на Западе стремятся заполнить позитивными репрезентациями культурные пространства, ранее насыщенные негативными стереотипами. Много интересных наработок существует уже и в России, и они могут существенно пополнить арсенал ресурсов профессиональной деятельности социального работника.



Целый ряд отечественных Интернет-ресурсов для инвалидов, созданных и развиваемых общественными организациями, вносит вклад в распространение позитивного образа инвалидности и идеологии независимой жизни инвалидов², дает информацию о разнообразных аспектах современной жизни, важных событиях и мероприятиях³. На вебсайтах размещаются электронные версии книг и статей, рассказывающих о проблемах инвалидности и способах их решений, о ярких судьбах людей с инвалидностью и их близких – знаменитых и простых, – показывающих свою жизнь примеры сопротивления, преодоления, сопричастности⁴.

Открыты форумы и чаты, где люди с

¹ Добродеев П. И все же, что такое красота? // Служба новостей Русского радио http://www.f-abrika.ru/Rbolnaya_tema/slev30/art11/view_Article

² Фотография «Вы и мы» <http://club.foto.ru>

³ Вебсайт нижегородских инвалидов Инватур <http://www.anis.nn.ru/invatur>

⁴ Вебсайт Региональной общественной организации инвалидов «Перспектива» <http://perspektiva-inva.ru>

инвалидностью и не-инвалиды могут спорить, обмениваться мнениями, знакомиться, задавать вопросы, выражать свою позицию¹. Специально разрабатываются проекты информационной поддержки по вопросам прав инвалидов², разбираются случаи их нарушений, даются советы, как отстаивать свои права.

Инвалиды в СМИ

Очень часто СМИ видят свою задачу в том, чтобы вызвать у публики жалость и сочувствие к инвалидам, получить для них финансовую поддержку

Всячески подчеркиваются сложности, вызванные нетрудоспособностью, трудности работы людей с ограниченными возможностями и мало освещается положительный опыт – достижения инвалидов в труде, их успехи в жизни.

Акцент делается на том, как отважен человек в преодолении своего недуга, либо на том, какой травмой для семьи становится появление на свет неполноценного ребенка.

Человек с разного рода физическими недостатками предстает в виде жалкого и несчастного существа.

Очень редко инвалиды представлены как профессионалы, участвующие в общественно значимых событиях, в принятии решений.

Литература, кино и популярные СМИ традиционно предоставляли «инвалидизирующие» образы, выставляли людей причудливыми уродами, беспомощными или героическими калеками, что лишь усиливало стереотип патологии. Сегодня среди инвалидов растет сопротивление негативному культурному образу инвалидности в СМИ и искусстве, где инвалидность показана как объект милосердия и благотворительности. Инвалиды становятся активно действующими социальными субъектами, выдвигают требование не только равных возможностей в сфере образования и занятости, но и права на самоопределение.

Использование СМИ необходимо для формирования позитивного общественного мнения относительно инвалидов. Здесь представлена информация, как лучше обеспечить освещение тем, связанных с проблемами инвалидности и инвалидов.

Рекомендации по представлению инвалидов в СМИ³

¹ Форум <http://disability.ru>

² Вебсайт Общественной организации инвалидов Чернобыля «Заслон Чернобыля» <http://www.chernobil.ru/src/site/>

³ Рекомендации взяты из учебного пособия по независимой жизни инвалидов

- Люди с различными видами инвалидности должны выступать от своего лица. Разговор в первом лице ("я", "мы") практически всегда более интересен и часто приносит больше удовольствия или эмоций, чем его передача в третьем лице.
- Определите ролевые модели. В качестве ролевых моделей в СМИ должны выступать сами инвалиды. В различных сферах деятельности показывать инвалидам, их семьям и обществу, что инвалиды могут многого добиваться, а не только наблюдать за происходящим. Таким образом любой человек имеет больше шансов увидеть, что инвалиды различаются по умственным способностям, личностным качествам и интересам в той же степени, что и не-инвалиды.
- Рассказывайте детям об инвалидах. Детям нужно видеть положительные, естественные примеры жизни инвалидов. Дети не должны бояться задавать вопросы об инвалидах, они должны понимать, что это естественно - быть любопытным. Большинство инвалидов сами хотят ответить на вопросы и ценят честность.
- Когда возможно, используйте юмор для передачи какого-то сообщения, особенно о представлениях, которые существуют в обществе о жизни инвалидов. Юмор позволяет передать сообщение, которое, если о нем рассказывать долго и серьезно, будет поучительным и неинтересным. Такое сообщение часто помнится намного дольше.
- Предоставляйте практическую информацию. Давайте информацию, которая будет полезна в повседневной жизни. Усилия СМИ обычно более действенны, если содержат в себе информацию, которая практически поможет не-инвалиду (или инвалиду) при следующей встрече с женщиной, мужчиной или ребенком с инвалидностью.
- Представляйте инвалидов с точки зрения их возможностей и пользы, которую они могут принести обществу. Откажитесь от стереотипного мышления, что инвалиды являются иждивенцами и не способны приносить пользу обществу. Чем больше видно, что инвалид чего-то достигает, тем меньше значения придается его инвалидности или отличиям от других.
- Инвалидов необходимо представлять как активных членов общества, а не как пассивных и несамостоятельных наблюдателей. Задача заключается в том, чтобы показать, что при равных возможностях в получении образования, профессиональной подготовки и при наличии технических средств и специальных услуг инвалиды могут многое дать своим семьям и обществу.

tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm и основаны на материалах из книги "Как работать со СМИ", выпущенной Международной организацией труда и Международной организацией реабилитации.

Не без участия общественных организаций инвалидов продвигаются идеи создания сильных, позитивных, романтических образов инвалидов в кино. Так, региональная общественная организация инвалидов "Перспектива" при поддержке Правительства Москвы, Международной организации Реабилитации, Всемирного Института по проблемам инвалидности (США), "Интерньюс" и Гильдии неигрового кино и телевидения организовала первый международный кинофестиваль, посвященный проблемам инвалидов "Кино без барьеров"¹. Фестиваль прошел в Москве 26-29 сентября 2002 г. В программе фестиваля были показаны документальные, художественные и анимационные фильмы, рассказывающие о самых разных проблемах инвалидов. Это были наиболее яркие и актуальные работы, отобранные для показа из 135 заявок, присланных из 20 стран мира.

Фестиваль был организован для того, чтобы: 1) привлечь внимание общественности к проблемам людей с инвалидностью; 2) активизировать российских инвалидов, особенно детей и молодежь, показав им ролевые модели и наглядные примеры и возможности активной жизни; 3) стимулировать желание кинематографистов и журналистов снимать фильмы о людях с инвалидностью и с их участием; 4) пропагандировать в российском обществе позитивный образ инвалида.

Социальный эффект фестиваля

Некоторые впечатления зрителей кинофестиваля:

«Оказывается, есть и другое кино об инвалидах. В нем инвалидность не используется ни как аттракцион, наподобие Параолимпийских игр, ни как сомнительная метафора всеобщей ущербности»

«Фестиваль «Кино без барьеров» -не только о наболевших проблемах. Это общение, раскрытие новых талантов среди инвалидов. Было интересно наблюдать, как общаются эти люди: глухие и слышащие, русские и американцы... Этот дух общения пропитывал стены, воздух Академии как легкий бриз. Бриз превратился со временем в животворящий ветер, движение творчества».

«Было просто здорово. Я очень хотела поехать, понимая, что там будет много полезного. Но действительность превзошла все ожидания. Я посмотрела много интересных, но таких разных фильмов. Разумеется, всего охватить было невозможно. Я смогла встретиться и пооб-

¹ Вебсайт Региональной общественной организации инвалидов Перспектива <http://perspektiva-inva.ru/index-rus.shtml>

щаться с очень интересными людьми из разных стран и регионов России. Почерпнула для себя много полезного, что, конечно, будем теперь реализовывать в "Деснице". Впечатлений так много, что у меня ощущения такие, будто я за четыре дня совершила кругосветное путешествие».

Фестиваль полностью выполнил поставленные задачи, среди которых были следующие: апробировать новый подход – проведение кинофестиваля – для устранения барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды в обществе; увеличить количество и улучшить качество публикаций на тему инвалидности, привлекая журналистов к широкому освещению фестиваля; организовать и провести во время фестиваля серию семинаров и круглых столов по различным проблемам инвалидности, привлекая на эти мероприятия более 300 людей с инвалидностью, а также около 100 детей-инвалидов; организовать встречу зрителей с актерами и режиссерами; стимулировать желание кинематографистов и тележурналистов создавать фильмы об инвалидах и с их участием; создать ресурсную видеотеку с фильмами на темы инвалидности и сделать ее доступной для других организаций инвалидов; распространять информацию о проекте и фильмах среди организаций инвалидов России и стран СНГ.

Впечатления зрителей от фильмов		
«Окно Сережи Басалаева»	«Госпожа Шледерман!»	«Материнство под запретом»
«Отличный фильм, все бы так понимали внутреннюю жизнь инвалидов!» «А сколько еще таких детей, чьи возможности безграничны!», «Пусть будет этот пример для родителей и педагогов».	«Очень хороший фильм. Инвалиды хотят показать, что они тоже люди, а не объекты для вспомогательных приборов».	«Самый лучший фильм фестиваля! Очень тонкий и деликатный», «Это возмутительно, что делают с женщинами. Желаем смотреть это медикам!»

В социальной работе и социальной реабилитации необходимо сотрудничать с журналистами, от освещения проблем и успехов инвалидов

в прессе во многом зависит успех наших общих усилий по социальной интеграции. С журналистами необходимо поддерживать позитивные отношения, приглашать их на мероприятия, обсуждать проблемы взаимодействия СМИ, социальных служб и инвалидов.

Впечатления журналистов от кинофестиваля:

- *Что дало вам участие в кинофестивале и сопутствующих ему семинарах, дискуссиях и мастер-классах?*

- Некоторое понимание проблем, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями в повседневной жизни, а так же понимание, как далеко еще России до того, чтобы сделать пространство доступным для всех.

- *Что в работе кинофестиваля было наиболее полезно для вашей дальнейшей деятельности?*

- Главное, что вынесла с фестиваля – ощущение значимости темы инвалидов. Я и до этого об этом, конечно, знала. Но просто никогда не слышала столько упреков в адрес журналистов, никогда не думала, что это в такой степени важно для самих инвалидов.

Осуществляя социальное обслуживание инвалидов, необходимо сотрудничать с общественными организациями инвалидов, представляющими важный ресурс позитивного самоопределения, независимой жизни и формирования жизненной позиции инвалидов. На Западе инвалиды организуют самопомощь, понимая, что они имеют такие же права, как любые другие граждане. В различных городах России тоже развиваются ассоциации и группы самопомощи инвалидов. Многие из них накопили такой большой опыт проведения социально-реабилитационной работы, имеют столько инновационных проектов, что подчас являются не просто надежными партнерами, а более опытными экспертами.

Социальные работники в содружестве с активистами общественных организаций и журналистами могут внести вклад в изменение образа инвалидов. Для этого стоит проводить специальные семинары и круглые столы, на которых разбираются вопросы представления тематики, связанной с инвалидностью, в различных средствах массовой информации. Воспользуемся пособием по независимой жизни инвалидов¹ и рассмотрим приводимый там пример двух различных способов, какой может быть представлена в СМИ новостная история о проекте, обеспечивающем занятость людям с инвалидностью. Первая заметка усугубляет нега-

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

тивные стереотипы людей с инвалидностью и имеет сильный общий тон благотворительности и снисходительности. Во второй заметке, которая дает информацию в более позитивном свете, к людям с инвалидностью относятся как к равным членам общества, которые стараются заработать средства к существованию.

Факт:

Группа взрослых с различными формами инвалидности открыла мастерскую по производству и продаже ювелирных украшений. Всем работникам требуется доход от продаж для обеспечения себя и своих семей, но в настоящий момент дело идет не очень успешно. Мастерская должна завоевать репутацию производителя качественной продукции, увеличить уровень продаж и затем расшириться для поддержки своих работников и для обучения других.

Отрицательный пример освещения в прессе

Заголовок:

Увечные и глухонемые делают ювелирные изделия несмотря на свои недостатки

Текст заметки:

Около 30-ти увечных, глухих, немых и ослепших бедняков открыли ювелирную мастерскую в восточной части Площади Харамби. Они не могут ходить или нормально сидеть, во всяком случае большинство из них. Многие раньше были нищими.

И теперь, со всеми своими проблемами и несчастьями, они пытаются проигнорировать свои уродливые судьбы и создать что-то красивое. С потрясающим терпением и с бодрым настроением целыми днями сидят, делая цепочки, браслеты и кольца привлекательными для проходящих мимо. Чтобы дать работникам почувствовать, что они чего-то стоят, может быть некоторые милосердные люди купят эти безделушки.

Что неверно:

Слова "увечные" и "глухонемые" являются устаревшими, унижающими понятиями; сочетание "несмотря на свои недостатки" имеет снисходительный и эмоциональный оттенок.

Этот абзац описывает мастерскую жалостливыми словами, помещая все ударение на физическое состояние, а не на способности работников и их планы. Необходимые навыки для производства ювелирных изделий не включают в себя хождение или нормальную посадку.

Это предложение не содержит никаких фактов; оно просто раскрывает предвзятое предположение автора, что жизнь с инвалидностью - это постоянное несчастье и трагедия. Статья описывает инвалидов как полностью отличных от других людей - изолируя их от всего человечества.

Люди с инвалидностью не более терпеливы и бодры (или нетерпеливы и раздражительны), чем кто-либо другой. У них есть тот же спектр

навыков, способностей и эмоций, что и у людей без инвалидности - просто меньше шансов доказать это.

Положительный пример освещения в прессе

Заголовок

Новый ювелирный магазин, открытый работниками-инвалидами

Текст заметки:

Около 30-ти людей с различными формами инвалидности - параплегией, потерей зрения, глухотой, с ампутированными конечностями - открыли ювелирную мастерскую в восточной части Площади Харамби. После шестимесячного обучения необходимым навыкам они производят в день до 30-50 оригинальных цепочек, браслетов и колец, выполненных в современном и традиционном стилях.

Г-н Шариф Мусака, управляющий мастерской, пользующийся коляской, сказал: "Некоторые из нас раньше были нищими, но теперь мы научились обеспечивать себя и помогать своим семьям. Наши ювелирные украшения имеют приятный дизайн, красиво сделаны и могут конкурировать с другими продуктами на рынке." Г-н Мусака также сказал, что любой покупатель, который принесет копию этой статьи, получить скидку при покупке первой вещи.

Что правильно:

Заголовок подчеркивает появление нового проекта, начатого людьми; вторичное ударение - на инвалидность.

В статье представлены факты, о которых большинству читателей интересно узнать, но не драматизируются инвалидизирующие состояния. Показывает работников как ответственных взрослых людей, которые уделили внимание приобретению навыков. Описывает мастерскую как деловое предприятие, а не с точки зрения благотворительной деятельности.

Интервью и высказывания управляющего с инвалидностью, как и любого другого управляющего делового предприятия, будут в новостях. Это дает возможность управляющему высказать свою точку зрения, а не представить мнение журналиста. Заверяет читателя, что изделия профессионально исполнены, и мотивирует читателя стать покупателем.

Отрицательный пример истории в газете или в бюллетене - это типичная ситуация во всем мире, когда отсутствует связь между инвалидным сообществом и журналистами. Журналист предполагает, что история с инвалидностью должна быть подслащена, вызывать жалость и взывать к благотворительности. *Позитивный пример* - это то, что может явиться результатом постоянной связи инвалидного сообщества с журналистами и СМИ, когда передается информация о целях и задачах этого

сообщества и объясняются различия между положительным и отрицательным изображением¹.

На семинаре по проблемам представления инвалидов в СМИ возможно установить межличностные контакты между журналистами, активистами общественных организаций, социальными работниками, представителями бизнеса.

- Для такого семинара лучше всего использовать целый день, чтобы позволить выступить всем желающим и обеспечить активное участие инвалидов. Необходимо быть в курсе последних работ журналистов или тех органов СМИ, которые они представляют. Постарайтесь просмотреть несколько национальных или международных программ, слушайте новости на радио, обратите внимание на плакаты.
- Подготовьтесь, для чего проведите анализ СМИ – он должен касаться качества продукции, а также использования приведенных выше рекомендаций.
- Распространите справочный материал – руководство или рекомендации для СМИ, образцы положительного и негативного освещения в прессе, фотографии, а также контактную информацию об экспертах и организациях.
- Проведите работу в группах – лучше, если это будет работа над творческими заданиями, а не штудирование рекомендаций. Задания могут предполагать упражнение, когда каждая группа пытается "продать" какое-нибудь интересное сообщение об интеграции инвалидов в общество – одно может быть в виде плаката, другое - короткая радиопостановка, третье – одноминутный ролик социальной рекламы для телевидения. Или же каждая группа может разработать юмористическое сообщение людям с инвалидностью, которые оказывают услуги - взрослому населению, детям, работодателям. Принимайте во внимание возможности разнообразных средств массовой информации, в том числе электронных.
- Проследите, чтобы выступающие, участники и задания для групп были чувствительны к половой принадлежности участников, соответствовали культурному уровню, были практическими и интересными.

Иногда семинар по представлению важности работы по изменению отношений к инвалидности является эффективным способом начать кампанию по изменению общественного мнения в регионе или стране. Семинар направлен на большую аудиторию, чем рабочая встреча, и имеет более широкие задачи просвещения общественности и объединения

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

групп, что может привести к изменениям. Образец программы такого семинара приведен в Приложении 4.

Помимо статей и репортажей в СМИ, существуют и другие формы печатной и рекламной продукции, которую рекомендуется использовать для более эффективного освещения проблем инвалидности¹.

Флаер (листочка) – это небольшой листок, которая кратко и доступно информирует о вашей деятельности. Листовка должна быть привлекательной, легко читаемой, поэтому текст лучше набирать крупными жирными буквами. Обычно флаер сообщает о каком-либо предстоящем мероприятии, поэтому не забудьте указать контактный телефон и имя человека, с которым можно связаться. Дизайн флаера поручите кому-нибудь, кто имеет художественные способности. Иллюстрируйте флаер, печатайте его на цветной бумаге. Перед тиражированием еще раз проверьте правильность информации.

Пример флаера:

**ТРАНСПОРТ - ЭТО ПРОБЛЕМА
МЫ РАБОТАЕМ, ЧТОБЫ РАЗРЕШИТЬ ЕЕ.
КТО МЫ?**

Мы – общественная организация Центр независимой жизни инвалидов г.Среднегорска

В ЧЕМ ПРОБЛЕМА?

Проблема в том, что доступного для инвалидов транспорта мало. Нам не на чем добраться до работы, школы, врача или просто магазина. Просто встретиться - уже большая проблема.

В ЧЕМ ВЫХОД?

Выход - в создании доступного транспорта.

ЧТО МЫ ДЕЛАЕМ?

Мы изучаем, что нужно для создания социального такси для инвалидов, как приобрести автобусы с подъемником.

КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОМОЧЬ?

Вы можете прийти к нам и обсудить эту проблему. Для того, чтобы сделать транспорт доступным, нам нужна поддержка всех.

Звоните Марии Ивановой 111-222 или Руслану Назарову 222-444

Объявление. Составив текст, вам нужно отправить его руководству издания, теле- или радиопрограммы, а через несколько дней перезвонить

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

им. Правило составления таких объявлений: они должны быть короткими. Радиоролик, например, не должен длиться больше минуты (в крайнем случае, 150 секунд). Перед тем, как отправить ролик, воспользуйтесь магнитофоном, запишите его для себя и прослушайте, насколько убедительно он звучит, насколько достоверна информация.

Вот образец опубликованного в газете объявления:

Газета «Среднегорские вести» 28 апреля 2003 г.

Круглый стол по проблемам организации доступной среды жизнедеятельности для инвалидов соберется в Доме ученых в субботу, 30 апреля. Начало в 10.00

Мероприятие пройдет при поддержке Центра независимой жизни и Управления социальной защиты г.Среднегорска

Информационный бюллетень – это неформальный способ регулярно информировать людей о своей деятельности – о ходе решения проблемы, о том, что происходит на собраниях, слушаниях, в жизни группы и отдельных ее членов. Можно начинать с одностраничного бюллетеня, использовать цветную бумагу (тогда ваш бюллетень будет отличаться от других). Бюллетень должен быть написан просто, разбит на секции, иметь броские и ясные заголовки. Издавать бюллетень нужно регулярно еженедельно, ежемесячно или ежеквартально.

Разрабатывать бюллетень очень интересно, эта деятельность задействует много людей: кто-то будет писать его содержание, кто-то набирать, форматировать, тиражировать и рассылать. Бюллетень - хороший повод для общения, а также неплохой источник для развития чувства общности и товарищества. Бюллетени сначала можно рассылать по почте, затем раздавать на собраниях¹.

Пример фрагмента из бюллетеня:

Так держать!

Поздравляем наших студентов Марию Иванову и Руслана Назарова, занявших призовые места в конкурсе исследовательских работ на тему «Возможности независимой жизни инвалидов в моем городе».

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm



Вопросы и задания

1. Раскройте сущность концепции независимой жизни инвалидов. Каковы ресурсы ее реализации в современной России? Есть ли в Вашем регионе Центры независимой жизни инвалидов?
2. Проиллюстрируйте концепцию независимой жизни с помощью истории «Не надо прятаться от жизни» (Приложение 1).
3. В чем роль общественных организаций инвалидов? Найдите информацию об общественных организациях инвалидов Вашего региона. Познакомьтесь с лидерами и активистами этих организаций, пригласите их выступить на занятии. Обсудите возможность совместных проектов, акций, инициатив с общественной организацией инвалидов.
4. Расскажите о гендерных аспектах инвалидности в детском и взрослом, а также пожилом возрасте. Что следует учитывать, взаимодействуя с мужчинами и женщинами, имеющими инвалидность?
5. Почему язык выступает важным ресурсом социальной работы и реализации идеологии независимой жизни? Приведите примеры негативного и позитивного использования языка.
6. Найдите и проанализируйте публикацию об инвалидах в местной или центральной прессе. Как представлены инвалиды в этой публикации?
7. Разберите приведенную ниже проблемную ситуацию и предложите несколько вариантов действий. Что бы Вы стали делать в целях заботы о клиенте и в интересах клиента? Какие законодательные акты регулируют данную проблематику? Приведите примеры таких проблемных ситуаций из Вашего опыта или известные Вам от коллег, где приходилось решать этические дилеммы.

Работая в социальной службе города, Вы проверяете качество домов-интернатов. Двое Ваших подопечных - инвалиды с детства, проживающие в одном из интернатов, оба в возрасте 20 лет, сообщают Вам, что они хотят пожениться. Администрация учреждения категорически протестует, настаивая, что люди с умственной отсталостью могут, поженившись, родить ребенка, за которым не смогут нормально ухаживать. Кроме того, директор интерната подчеркивает, что там нет комнат для проживания супружеских пар, и если эти двое поженятся, им придется покинуть учреждение. Ваши действия?

8. Составьте программу семинара для журналистов известной Вам газеты. Продумайте тему и акценты статьи в газету.
9. Подготовьте сценарий теле- или радиопередачи по проблемам инвалидов. Продумайте состав участников передачи и тематику.

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. М. 1991.
2. Андерсон Г. Из пропасти отчаяния – на вершину счастья // Секс для пожилых и инвалидов. Приложение к журналу «Социальная защита». 2000. №7. С.11-16.
3. Еськов Г.С. Твои права, человек. М., 1993.
4. Жить, как все. О правах и льготах для инвалидов: Юридический справочник./Под ред. Реутова С.И. Пермь: РИЦ "Здравствуй", 1994.
5. Инвалиды: язык и этикет. М.: РООИ «Перспектива», 2000.
6. Йориссен П. 2000. Выступление на семинаре «Инвалиды, выходите на улицу!». Киев, 13 сентября 1998 г. <http://aris-kiev.newmail.ru/materials/niderland5rus.htm>
7. К независимой жизни: Пособие для инвалидов. М.: РООИ «Перспектива», 2000.
8. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии. Серия "Учебник нового века", Спб: "Питер", 2000.
9. Ким Е.Н. Роль неправительственных организаций в социальной политике // Куда идет Россия?.. Трансформация социальной сферы и социальная политика / Под ред. Т.И. Заславской. М., 1988. С.359-369.
10. Ким Е.Н. Цели и задачи общественной организации инвалидов, ее участие в формировании государственной политики / Проблемы семьи и детства в современной России. Ч.2. М., 1992.
11. Кучинский С.С., Шевчук С.П., Шамес И.А. Досуг как фактор социальной реабилитации инвалидов//Социологические исследования. 1993. № 5.
12. Особенности различных видов инвалидности. М.: РООИ «Перспектива», 2000.
13. Преодолевая барьеры инвалидности. М.:Ин-т соц.работы,1997.
14. Прокопенко Ю. Секс и инвалидность. Предрассудки в отношении сексуальной жизни инвалидов и неинвалидов // Сексолог. 2001. <http://www.doktor.ru/sexolog/STA/st45.htm>
15. Сделать доступным для инвалидов / Пресс-клуб для инвалидов // Социальное обеспечение. 1993. №2.

16. Фалкгрэн Д. Жизнь прекрасна // Секс для пожилых и инвалидов. Приложение к журналу «Социальная защита». 2000. №10. С.5-7.
17. Шапиро Б.Ю. Идеологические аспекты социальной работы с людьми с ограниченными возможностями //Куда идет Россия? Трансформация социальной сферы и социальной политики./Под общ ред. Т.И. Заславской. М.: Аспект-Пресс, 1994 С. 410-414
18. Штраус О.Л. Дороги. Пороги. Диалоги. Воспоминания о марафоне, не только воспоминания и не только о марафоне. Пермь: РИЦ «Здравствуй», 1999.
19. Экберг Х. «Это выглядело прекрасно» // Секс для пожилых и инвалидов. Приложение к журналу «Социальная защита». 2000. №11. С.2-5.
20. Юрьев П. После Чернобыля // Секс для пожилых и инвалидов. Приложение к журналу «Социальная защита» («Социономия»). 2000. №10. С.2-4.
21. Ярская-Смирнова Е.Р. Мужество инвалидности // О муже(N)ственности: Сб. статей под ред С. Ушакина. М.: Новое литературное обозрение. 2001.

Интернет-источники

3. Вебсайт Инвалид.Ру <http://www.invalid.ru/> Автор сайта – Николай Попков
4. Вебсайт «Путь к независимой жизни» www.wil.ru - Челябинский государственный университет
5. Первый российский интернет-портал для инвалидов <http://www.disability.ru/> Автор сайта – Павел Лапин, Мурманск
6. Вебсайт Региональной общественной организации инвалидов Перспектива <http://perspektiva-inva.ru/index-rus.shtml>
7. Виртуальный центр независимой жизни инвалидов Магаданской области. <http://independentfor.narod.ru/>
8. Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

Жизненная история инвалида

Сергей Баймухаметов

«Не надо прятаться от жизни» (Ш.Шакшакбаев)

Челябинский рабочий, 2001, 6 ноября .С.6

Сайт «Путь к независимой жизни» www.wil.ru

Шамиль Шакшакбаев, человек трагической, невероятной судьбы и необычной силы, вывел эти правила бытия.

...Мне было 38, когда я получил окончательный приговор: редкая, страшная болезнь - системная склеродермия. Перспектива – ампутация всех конечностей. Так меня и резали пятнадцать лет. По частям. Вначале стопа. Потом - нога до бедра. Потом - вторая нога до колена. И, наконец, вторая нога до бедра. Но и это еще не все...

В школе я звался Шамилем Шакшакбаевым, но в метриках до 16 лет значился как Саша Кривошеков. Моя русская мама Надежда Кузьминична Кривошекова и мой казахский папа Тауфик Ертаевич Шакшакбаев и по условиям жизни - она в селе оставалась, а он в город уехал работать, и по беспечности своей никак не удосуживались официально оформить отношения. И только когда дело подошло к паспорту, они спохватились и оформили меня по отцу – Шамиль Тауфикович Шакшакбаев.

А вообще таких, как я - одна бабушка русская, другая татарка, дед казах, а у кого-то еще прадед немец, племянник украинец, зять грек... - неслыхано и немерено на нашей земле, которая приняла и переселенцев, ссыльных и всех времен и народов. И детство у меня было, как у всех. Бедное, уличное. Футбол на пустырях и - как праздник – школьный спортзал, баскетбол, волейбол...

Играл, рос, стал капитаном волейбольной сборной города, а в баскетбольное кольцо вбивал мяч сверху. Конечно, собрался учиться на тренера и... Все рухнуло в один миг, когда обнаружилось, что мои мощные ноги поражены болезнью.

Пошел на большой завод спортивную жизнь организовывать. Открыл там первый в городе стрелковый тир.

Сейчас понимаю, что вместе с тиром я неосознано открыл для себя закон компенсации: если ты чего-то лишен злой судьбой, не отчаивайся, а максимально используй то, что тебе дано. Не могу я прыгать, но я могу стрелять! И я стал кандидатом в мастера спорта по стендовой стрельбе. Я снова в спорте, снова на коне! Сейчас у меня нет двух ног и левой руки, казалось бы, какой уж тут спорт... Но я стал чемпионом области по толканию ядра из коляски.

Купив и освоив машину, я открыл для себя второй закон - о жестокости мира: мир не будет приспособливаться под тебя. Хочешь жить как человек - стисни зубы и приспособляйся к этому миру. Для людей без ног недоступно то, что для вас обыкновено. Здесь очень трудно удержаться от соблазна оби-

ды на всех. Можно и руки на себя наложить, и запить. Но мир на твои обиды не обращает внимания, а похмелье здесь куда более тяжкое, чем у обыкновенных пьяниц. Поэтому надо опираться на цель.

К тому времени я уже был женат - на моей лечащей медсестре Гале. Уж она-то знала, что меня ждет ампутация всех конечностей и полная неподвижность. И все равно - вышла. Женщины...

Занялся бизнесом. Нажил капитал, мог купить целую автобазу. Но спад, долги. Продал я свою мельницу, а денег мне за нее не выплачивают. И силикатный завод должен мне деньги. Суды, обещания, угрозы - нормальная жизнь бизнесмена, который то найдет, то потеряет.

Все подкосила смерть Гали... На темной, занесенной снегом улице водитель громадного джипа не справился с управлением и врезался в Галю на полной скорости... Еще при жизни Гали я как-то сказал ей: «Давай возьмем в дом пятерых мальчишек с парализованными ногами, я научу их, как бороться за полноценную жизнь?» Но она честно призналось: «Я понимаю тебя. Но и ты меня пойми: ты без ног, они без ног, вы же меня в гроб загоните»...

Потом, после смерти Гали, эта мысль окрепла. Я все время думал об интернате, который я организую. Выколачивал деньги по судам и писал программу жизни для этих ребятишек. Для этого я просто представлял себя ребенком-инвалидом, смотрел на мир его глазами: как бы я хотел жить и где, как учиться, что бы меня радовало, к чему бы я стремился...

Вся жизнь дома, в четырех стенах. Ребенок-инвалид, с детства живущий в одиночестве, погружается в свой внутренний мир, в свои мрачные фантазии. У него изменяется поведение, он - изгой. А надо, чтобы больные дети не страдали, а жили среди таких же, как они. Надо, чтобы они с помощью взрослых постепенно определили, что для них реально, достижимо в этой жизни.

Да, ребенок-инвалид многого лишен. Он не станет футболистом, монтажником-верхолазом. Значит, надо ему найти другое депо. И тогда он скажет себе и другим: «Да, ты силен в футболе, а я в стендовой стрельбе, в шахматах, в компьютерах!»

Как-то вечером пришел ко мне Вадим, мой сын. Он – знаменитый спортсмен, участник двух Олимпиад, чемпион Советского Союза по спринтерскому бегу на коньках, восьмикратный рекордсмен мира. Собрался по своим делам к губернатору (в Казахстане – к акиму). Я ему говорю: положи на стол мою программу! Меня с собой возьми!

Аким меня сразу поддержал. Так я стал директором нового интерната. Построен и устроен он не по казенному стилю. Это уютный дом, комнаты на двоих, с телевизором, разумеется, с компьютерами и так далее...

Конечно, детям было нелегко привыкать к новой жизни. Чувствовали они себя на первых порах скованно, не привыкли, что с ними играют, что-то обсуждают, им что-то поручают... У меня сердце сжималось, когда я смотрел на них.

Как-то засиделся в кабинете допоздна, разбирался с бумагами. Зима, тишина. Покатил я по коридору - и вдруг слышу шум, музыку, возгласы. Полумрак, подсветка какая-то и тени. Танцуют! У них дискотека! Вы представляете, танцы на колясках, на костылях? Они видели дискотеку по телеви-

зору. Но пока сидели по домам, им это было недоступно. А теперь, собравшись вместе, танцуют!

И тогда я сказал себе: вот оно, я был прав, я победил, мои дети живут, как все! И они будут нормально жить, многого достигнут, потому что поймут: им все доступно. Были бы только желание и воля.

Школа, где учатся наши дети, расположена рядом с интернатом, в Заречном поселке. Там, в коридорах, чуть ли не гонки на колясках устраивают. Мои дети и школьные. И хохочут все! А когда отключился лифт, дети со всей школы бросились поднимать наших колясочников на второй этаж, в классы. Вы понимаете, не надо прятать этих людей!

Пусть все вокруг видят, что есть люди, которым еще тяжелее. И тогда они поймут, что злом ничего не создашь никого не победишь.

Трудно найти слова, чтобы деликатно и точно сформулировать мысль о нравственной, воспитательной сути такого соседства. Учителя говорят просто: школьники стали добрее.

...Наташа работала у нас поваром. Разведенная, дети уже большие, заканчивают техникум. И как-то она говорит: вы сейчас домой едете, как вы там один, не помочь ли чем? Раз приехала, два, и так вот сложились у нас уже другие отношения. Что она взвалила на свои плечи! Она мне секретарь, помощник, шофер... Мне пятьдесят три года, ей - тридцать семь. А уж о моей инвалидности и говорить не надо. Она, молодая и красивая, не могла встретить кого-то?

Могла. Но она выбрала меня. И здесь мне неловко говорить, но...

Многие инвалиды замыкаются в себе, боятся встреч. Не надо прятаться от жизни! Если есть любовь, то она все преодолет.

Когда началась эпопея с интернатом, врачи меня предупредили: «тебе нельзя нервничать, начнут спазмы. Ты можешь потерять и руки». Но что мне остается? Отказаться от главного дела? Зачем тогда жить? Еще в девяносто пятом году начались ампутации пальцев. И чую, в левой руке начинаются боли. Кровь не поступает, рука ледяная. Я оттягивал операцию в отчаянной надежде: а вдруг вернется кровообращение, а вдруг сохраню руку. Пока у меня две руки – я и машину вожу, и в коляске передвигаюсь. А что с одной рукой? Но, сказать по правде, я заранее тренировался. И на коляске с одной рукой управляться, и раздеваться-одеваться, в туалет...

И вот отрезали левую руку по плечо, к обеду я проснулся после наркоза. Хочу в туалет. Первый вопрос к самому себе: «Я еще человек или не человек?» Пока я сам могу ходить в туалет - все нормально. И я покатился в туалет. Страшно было. Но тренировки сказались. Смог! Ощущение, что Северный полюс покорил.

...Нынче наконец-то мои должники выполнили решение суда - перечислили деньги за проданную когда-то мельницу и за кирпич. И я выкупил по соседству с интернатом большой участок с заброшенными жилыми и производственными помещениями. Здесь будут учебные мастерские. Швейная, сапожная, по ремонту бытовой техники, ремонту часов... Прихожу к мысли, что надо создавать объединения, куда войдут интернат, обыкновенная школа, профессионально-техническая школа и что-то вроде детского сада. Ведь очень многое

закладывается в раннем детстве. Отсюда наш воспитанник должен уйти со специальностью. И - с ключами от своего автомобиля. Я ему должен сказать: «Вот тебе автомобиль, а вот ребенок, который сегодня пришел в первый класс. Ты за одиннадцать лет должен заработать на такой же автомобиль для этого ребенка».

Я не знаю, сколько мне отпущено времени. И потому тороплюсь. Вот опять рука ноет. Последняя рука! Готовлюсь к жизни без обеих рук. Читал у Артура Хейли, что есть коляски с электромотором, которыми управляют зубами...

А вообще-то готовлюсь и к смерти. В моем положении это не лишнее. Надеюсь, что сделал в этой жизни что-то угодное Богу. Но как бы то ни было, повторяю засевшую давным-давно фразу: «Еще не вечер, еще не вечер...»

Приложение 2.

Федеральный Закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 года N 195-ФЗ

Принят
Государственной Думой
15 ноября 1995 года

Настоящий Федеральный закон в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права устанавливает основы правового регулирования в области социального обслуживания населения в Российской Федерации.

Глава I. Общие положения

Статья 1. Социальное обслуживание

Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого - педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании

Законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Статья 3. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие основные понятия:

1) социальные службы - предприятия и учреждения независимо от форм собственности, предоставляющие социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица;

2) клиент социальной службы - гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому в связи с этим предоставляются социальные услуги;

3) социальные услуги - действия по оказанию клиенту социальной службы помощи, предусмотренной настоящим Федеральным законом;

4) трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Статья 4. Системы социальных служб

1. Государственная система социальных служб - система, состоящая как из государственных предприятий и учреждений социального обслуживания, являющихся федеральной собственностью и находящихся в ведении федеральных органов государственной власти, так и из государственных предприятий и учреждений социального обслуживания, являющихся собственностью субъектов Российской Федерации и находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. К муниципальной системе социальных служб относятся муниципальные предприятия и учреждения социального обслуживания, находящиеся в ведении органов местного самоуправления.

3. Социальное обслуживание осуществляется также предприятиями и учреждениями иных форм собственности и гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

4. Государство поддерживает и поощряет развитие социальных служб независимо от форм собственности.

Статья 5. Принципы социального обслуживания

Социальное обслуживание основывается на принципах:

- 1) адресности;
- 2) доступности;
- 3) добровольности;
- 4) гуманности;
- 5) приоритетности предоставления социальных услуг несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- 6) конфиденциальности;
- 7) профилактической направленности.

Статья 6. Государственные стандарты социального обслуживания

1. Социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания.

2. Государственные стандарты социального обслуживания утверждаются Правительством Российской Федерации.

3. Требования, установленные государственными стандартами социального обслуживания, являются обязательными для социальных служб независимо от форм собственности на всей территории Российской Федерации.

Глава II. Обеспечение права граждан на социальное обслуживание

Статья 7. Право граждан на социальное обслуживание

1. Государство гарантирует гражданам право на социальное обслуживание в государственной системе социальных служб по основным видам, определенным настоящим Федеральным законом.

2. Социальное обслуживание осуществляется на основании обращения гражданина, его опекуна, попечителя, другого законного представителя, органа государственной власти, органа местного самоуправления, общественного объединения.

3. Каждый гражданин вправе получить в государственной системе социальных служб бесплатную информацию о возможностях, видах, порядке и условиях социального обслуживания.

4. Иностранцы граждане и лица без гражданства пользуются в Российской Федерации тем же правом на социальное обслуживание, что и граждане Российской Федерации, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации.

Статья 8. Материальная помощь

1. Материальная помощь предоставляется гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания, средств санитарии и гигиены, средств ухода за детьми, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, топлива, а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе.

2. Основания и порядок предоставления материальной помощи устанавливаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 9. Социальное обслуживание на дому

1. Социальное обслуживание на дому осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в постоянном или временном нестационарном социальном обслуживании.

2. Одиноким гражданам и гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, предоставляется помощь на дому в виде социально-бытовых, социально-медицинских услуг и иной помощи.

Статья 10. Социальное обслуживание в стационарных учреждениях

Социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечивает создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.

Статья 11. Предоставление временного приюта

Временный приют в специализированном учреждении социального обслуживания предоставляется детям - сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, безнадзорным несовершеннолетним, детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, гражданам без определенного места жительства и определенных занятий, гражданам, пострадавшим от физического или психического насилия, стихийных бедствий, в результате вооруженных и межэтнических конфликтов, другим клиентам социальной службы, нуждающимся в предоставлении временного приюта.

Статья 12. Организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания

В учреждениях социального обслуживания в дневное время предоставляется социально-бытовое, социально-медицинское и иное обслуживание сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению гражданам преклонного возраста и инвалидам, а также другим лицам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Статья 13. Консультативная помощь

В учреждениях социального обслуживания клиентам социальной службы предоставляются консультации по вопросам социально-бытового и социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты.

Статья 14. Реабилитационные услуги

Социальные службы оказывают помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, несовершеннолетним правонарушителям, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах.

Статья 15. Плата за социальное обслуживание

1. Социальное обслуживание осуществляется социальными службами бесплатно и за плату.

2. Бесплатное социальное обслуживание в государственной системе социальных служб осуществляется по основаниям, предусмотренным статьей 16 настоящего Федерального закона. Порядок предоставления бесплатного социального обслуживания определяется Правительством Российской Федерации.

3. Платные социальные услуги в государственной системе социальных служб оказываются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. Условия и порядок оплаты социальных услуг в социальных службах иных форм собственности устанавливаются ими самостоятельно.

Статья 16. Основания для бесплатного социального обслуживания в государственной системе социальных служб

1. Бесплатное социальное обслуживание в государственной системе социальных служб в объемах, определенных государственными стандартами социального обслуживания, предоставляется:

1) гражданам, не способным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, не имеющим родственников, которые могут обеспечить им помощь и уход, - если среднедушевой доход этих граждан ниже прожиточного минимума, установленного для региона, в котором они проживают;

2) гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации в связи с безработицей, стихийными бедствиями, катастрофами, пострадавшим в результате вооруженных и межэтнических конфликтов;

3) несовершеннолетним детям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

2. Дополнительные основания, по которым предоставляется бесплатное социальное обслуживание, устанавливаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Глава III. Организация социального обслуживания

Статья 17. Учреждения и предприятия социального обслуживания

1. Учреждениями социального обслуживания независимо от форм собственности являются:

- 1) комплексные центры социального обслуживания населения;
- 2) территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- 3) центры социального обслуживания;
- 4) социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- 5) центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- 6) социальные приюты для детей и подростков;
- 7) центры психолого-педагогической помощи населению;
- 8) центры экстренной психологической помощи по телефону;
- 9) центры (отделения) социальной помощи на дому;
- 10) дома ночного пребывания;
- 11) специальные дома для одиноких престарелых;
- 12) стационарные учреждения социального обслуживания (дома - интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома - интернаты для умственно отсталых детей, дома - интернаты для детей с физическими недостатками);
- 13) геронтологические центры;
- 14) иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

2. К предприятиям социального обслуживания относятся предприятия, оказывающие населению социальные услуги.

3. Порядок создания, деятельности, реорганизации и ликвидации учреждений и предприятий социального обслуживания независимо от форм собственности регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

Статья 18. Лицензирование в области социального обслуживания

Деятельность социальных служб (за исключением государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания), а также граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица, осуществляется на основании лицензии, выданной органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Статья 19. Управление социальным обслуживанием

1. Управление государственной системой социальных служб осуществляется федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с их полномочиями.

2. Управление муниципальной системой социальных служб осуществляется органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

3. Управление социальными службами иных форм собственности осуществляется в порядке, определяемом их уставами либо иными учредительными документами.

4. Координация деятельности и научно-методическое обеспечение социальных служб осуществляются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Глава IV. Полномочия федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социального обслуживания

Статья 20. Полномочия федеральных органов государственной власти в области социального обслуживания

К полномочиям федеральных органов государственной власти относятся:

- 1) установление основ федеральной политики в области социального обслуживания;
- 2) принятие федеральных законов в области социального обслуживания и контроль за их исполнением;
- 3) разработка, финансирование и реализация федеральных программ социального обслуживания;
- 4) определение структуры федеральных органов управления государственной системой социального обслуживания и организация их деятельности;
- 5) установление порядка координации деятельности и методическое обеспечение социальных служб;
- 6) лицензирование деятельности по социальному обслуживанию;
- 7) разработка и принятие государственных стандартов социального обслуживания и государственный контроль и надзор за их соблюдением;
- 8) установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области социального обслуживания;
- 9) создание, управление и обеспечение деятельности учреждений социального обслуживания, находящихся в федеральной собственности;
- 10) организация и координация научных исследований в области социального обслуживания;
- 11) развитие международного сотрудничества в области социального обслуживания.

Статья 21. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социального обслуживания

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вне полномочий органов государственной власти Российской Федерации, предусмотренных настоящим Федеральным законом, осуществляют собственное правовое регулирование социального обслуживания населения.

Глава V. Ресурсное обеспечение социального обслуживания

Статья 22. Имущественное обеспечение социальных служб

Социальные службы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, обеспечиваются земельными участками, имуществом, необходимыми для выполнения их уставных задач.

Статья 23. Финансовое обеспечение учреждений социального обслуживания

1. Финансирование государственных учреждений социального обслуживания, являющихся федеральной собственностью и находящихся в ведении федеральных органов государственной власти, производится за счет средств федерального бюджета. Финансирование государственных учреждений социального обслуживания, являющихся собственностью субъектов Российской Федерации и находящихся в их ведении, производится за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

2. Финансирование социальных служб иных форм собственности осуществляется из источников, предусмотренных их уставами либо иными учредительными документами.

3. Дополнительными внебюджетными источниками финансирования являются: средства, поступающие от целевых социальных фондов; кредиты банков и средства других кредиторов; доходы от предпринимательской деятельности учреждений социального обслуживания; доходы от ценных бумаг; средства, поступившие в качестве платы за социальные услуги; благотворительные взносы и пожертвования; другие источники, не запрещенные законом.

4. Учреждения социального обслуживания независимо от форм собственности пользуются льготным налогообложением в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о налогообложении.

5. Банки, предприятия, организации, учреждения и физические лица, направляющие имущественные, финансовые и интеллектуальные ценности в форме инвестиций в социальные службы и оказывающие им различные услуги и иную поддержку, пользуются льготами, установленными законодательством Российской Федерации.

Статья 24. Предпринимательская деятельность учреждений социального обслуживания

1. В соответствии с законодательством Российской Федерации учреждения социального обслуживания имеют право вести предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы.

2. Предпринимательская деятельность учреждений социального обслуживания подлежит льготному налогообложению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 25. Кадровое обеспечение социальных служб

1. Эффективность деятельности социальных служб обеспечивают специалисты, имеющие профессиональное образование, соответствующее требованиям и характеру выполняемой работы, опыт работы в области социального обслуживания и склонные по своим личным качествам к оказанию социальных услуг.

2. Гарантии и льготы работникам государственной системы социальных служб определяются органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с их полномочиями.

3. Медицинские работники государственной системы социальных служб, непосредственно занятые социально-медицинским обслуживанием, пользуются льготами в порядке и на условиях, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации для медицинских работников государственных учреждений здравоохранения.

4. На работников учреждений социального обслуживания государственной системы социальных служб, непосредственно осуществляющих социальную реабилитацию несовершеннолетних, распространяются льготы, предусмотренные законодательством Российской Федерации для педагогических кадров образовательных учреждений для детей - сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и специальных учебно-воспитательных учреждений для несовершеннолетних.

5. Гарантии и льготы работникам социальных служб иных форм собственности устанавливаются их учредителями самостоятельно на договорной основе.

Глава VI. Заключительные положения

Статья 26. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Ответственность лиц, занятых в области социального обслуживания, если их действия (бездействие) повлекли за собой опасные для жизни и здоровья клиента социальной службы последствия или иное нарушение его прав, наступает в порядке и на основаниях, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Обжалование действий (бездействия) социальных служб

Действия (бездействие) социальных служб могут быть обжалованы гражданином, его опекуном, попечителем, другим законным представителем в органы государственной власти, органы местного самоуправления либо в суд.

Статья 28. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

Президент
Российской Федерации
Б.ЕЛЬЦИН

Москва, Кремль.
10 декабря 1995 года.
N 195-ФЗ

Приложение 3.

Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ

(с изменениями от 24 июля 1998 г., 4 января, 17 июля 1999 г., 27 мая 2000 г., 9 июня, 8 августа, 29 декабря, 30 декабря 2001 г.)

Принят Государственной Думой 20 июля 1995 года
Одобен Советом Федерации 15 ноября 1995 года

Глава I. Общие положения

Статья 1. Понятие "инвалид", основания определения группы инвалидности

Статья 2. Понятие социальной защиты инвалидов

Статья 3. Законодательство Российской Федерации о социальной защите инвалидов

Статья 4. Компетенция федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов

Статья 5. Компетенция органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов

Статья 6. Ответственность за причинение вреда здоровью, приведшего к инвалидности

Глава II. Медико-социальная экспертиза

Статья 7. Понятие медико-социальной экспертизы

Статья 8. Государственная служба медико-социальной экспертизы

Глава III. Реабилитация инвалидов

Статья 9. Понятие реабилитации инвалидов

Статья 10. Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Статья 12. Государственная служба реабилитации инвалидов

Глава IV. Обеспечение жизнедеятельности инвалидов

Статья 13. Медицинская помощь инвалидам

Статья 14. Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к информации

Статья 15. Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры

Статья 16. Ответственность за уклонение от исполнения требований к созданию условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур

Статья 17. Обеспечение инвалидов жилой площадью

- Статья 18. Воспитание и обучение детей-инвалидов
- Статья 19. Образование инвалидов
- Статья 20. Обеспечение занятости инвалидов
- Статья 21. Установление квоты для приема на работу инвалидов
- Статья 22. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов
- Статья 23. Условия труда инвалидов
- Статья 24. Права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов
- Статья 25. Порядок и условия признания инвалида безработным
- Статья 26. Государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов
- Статья 27. Материальное обеспечение инвалидов
- Статья 28. Социально-бытовое обслуживание инвалидов
- Статья 29. Санаторно-курортное лечение инвалидов
- Статья 30. Транспортное обслуживание инвалидов
- Статья 31. Порядок сохранения льгот, установленных инвалидам
- Статья 32. Ответственность за нарушение прав инвалидов.
Рассмотрение споров

Глава V. Общественные объединения инвалидов

- Статья 33. Право инвалидов на создание общественных объединений
- Статья 34. Льготы, предоставляемые общественным объединениям инвалидов

Глава VI. Заключительные положения

- Статья 35. Вступление в силу настоящего Федерального закона
- Статья 36. Действие законов и иных нормативных правовых актов

Настоящий Федеральный закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Глава I. Общие положения

- Статья 1. Понятие "инвалид", основания определения группы инвалидности

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом

способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

См. Положение о признании лица инвалидом утвержденное постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965

Статья 2. Понятие социальной защиты инвалидов

Социальная защита инвалидов - система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации о социальной защите инвалидов

Законодательство Российской Федерации о социальной защите инвалидов состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации, настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Если международным договором (соглашением) Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, то применяются правила международного договора (соглашения).

Статья 4. Компетенция федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов

К ведению федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов относятся:

- 1) определение государственной политики в отношении инвалидов;
- 2) принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации о социальной защите инвалидов (в том числе регулирующих порядок и условия предоставления инвалидам единого федерального минимума мер социальной защиты); контроль за исполнением законодательства Российской Федерации о социальной защите инвалидов;

- 3) заключение международных договоров (соглашений) Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов;
- 4) установление общих принципов организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- 5) определение критериев, установление условий для признания лица инвалидом;
- 6) установление государственных стандартов на социальные услуги, технические средства реабилитации, средства связи и информатики, установление норм и правил, обеспечивающих доступность для инвалидов среды жизнедеятельности; определение соответствующих сертификационных требований;
- 7) установление порядка аккредитации и лицензирования организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;
- 8) осуществление аккредитации и лицензирования предприятий, учреждений и организаций, находящихся в федеральной собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;
- 9) разработка и реализация федеральных целевых программ в области социальной защиты инвалидов, контроль за их исполнением;
- 10) утверждение и финансирование федеральных базовых программ реабилитации инвалидов;
- 11) создание объектов реабилитационной индустрии, находящихся в федеральной собственности, и управление ими;
- 12) определение перечня специальностей работников, занятых в области медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, организация подготовки кадров в этой области;
- 13) координация научных исследований, финансирование научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по проблемам инвалидности и инвалидов;
- 14) разработка методических документов по вопросам социальной защиты инвалидов;
- 15) установление квот рабочих мест для инвалидов;
- 16) содействие в работе всероссийских общественных объединений инвалидов и оказание им помощи;
- 17) установление федеральных льгот, в том числе по налогообложению, организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, которые инвестируют средства в сферу социальной защиты

инвалидов, производят специальные промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, предоставляют услуги инвалидам, а также общественным объединениям инвалидов и находящимся в их собственности предприятиям, учреждениям, организациям, хозяйственным товариществам и обществам, уставный капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов;

18) установление федеральных льгот отдельным категориям инвалидов;

19) формирование показателей федерального бюджета по расходам на социальную защиту инвалидов;

20) установление единой системы учета инвалидов в Российской Федерации, в том числе детей-инвалидов, и организация на основе этой системы статистического наблюдения за социально-экономическим положением инвалидов и их демографическим составом.

Статья 5. Компетенция органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов

К ведению органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов относятся:

1) реализация государственной политики в отношении инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации;

2) принятие законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации о социальной защите инвалидов, контроль за их исполнением;

3) определение приоритетов в осуществлении социальной политики в отношении инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации с учетом уровня социально-экономического развития территории субъекта Российской Федерации;

4) создание предприятий, учреждений и организаций Государственной службы медико-социальной экспертизы, Государственной службы реабилитационной индустрии, осуществление контроля за их деятельностью;

5) аккредитация и лицензирование предприятий, учреждений и организаций, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;

6) участие в реализации федеральных программ в области социальной защиты инвалидов, разработка и финансирование региональных программ в указанной области;

7) утверждение и финансирование перечня реабилитационных мероприятий, осуществляемых на территориях субъектов Российской Федерации, с учетом социально-экономических, климатических и иных особенностей в дополнение к федеральным базовым программам реабилитации инвалидов;

- 8) создание и управление объектами в области социальной защиты инвалидов, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации;
- 9) организация и координация деятельности по подготовке кадров в области социальной защиты инвалидов;
- 10) координация и финансирование научных исследований, научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в области социальной защиты инвалидов;
- 11) разработка в пределах своей компетенции методических документов по вопросам социальной защиты инвалидов;
- 12) содействие в работе и оказание помощи общественным объединениям инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации;
- 13) установление льгот, в том числе по налогообложению, организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, инвестирующим средства в сферу социальной защиты инвалидов, производящим специальные промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, предоставляющим услуги инвалидам, а также общественным объединениям инвалидов и находящимся в их собственности предприятиям, учреждениям, организациям, хозяйственным товариществам и обществам, уставный капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов;
- 14) установление льгот инвалидам или отдельным категориям инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации;
- 15) формирование бюджетов субъектов Российской Федерации в части расходов на социальную защиту инвалидов.

Федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации могут по согласованию передавать друг другу часть своих полномочий в области социальной защиты инвалидов.

Статья 6. Ответственность за причинение вреда здоровью, приведшего к инвалидности

За причинение вреда здоровью граждан, приведшего к инвалидности, лица, виновные в этом, несут материальную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава II. Медико-социальная экспертиза

Статья 7. Понятие медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке

потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Статья 8. Государственная служба медико-социальной экспертизы

1. Медико-социальная экспертиза осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы, входящей в систему (структуру) органов социальной защиты населения Российской Федерации. Порядок организации и деятельности Государственной службы медико-социальной экспертизы определяется Правительством Российской Федерации.

О государственной службе медико-социальной экспертизы см. постановление Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. № 392

2. Медицинские услуги при оформлении граждан для освидетельствования в учреждениях Государственной службы медико-социальной экспертизы, реабилитационные мероприятия включаются в федеральную базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации и финансируются из федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

3. На Государственную службу медико-социальной экспертизы возлагаются:

1) определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;

См. Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, утвержденные постановлением Минтруда РФ и Минздрава РФ от 29 января 1997 г. № 1/30

2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;

3) изучение уровня и причин инвалидности населения;

4) участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;

5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;

6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье

умершего.

Решение органа Государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Глава III. Реабилитация инвалидов

Статья 9. Понятие реабилитации инвалидов

1. Реабилитация инвалидов - система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

2. Реабилитация инвалидов включает в себя:

- 1) медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии; протезирования и ортезирования;
- 2) профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;
- 3) социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Статья 10. Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов включает гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов и порядок ее реализации утверждаются Правительством Российской Федерации.

Реабилитационные технические средства и услуги предоставляются инвалидам, как правило, в натуральной форме.

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения Государственной службы 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.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусмотриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

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

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей 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 не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Статья 12. Государственная служба реабилитации инвалидов

Государственная служба реабилитации инвалидов - совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов

местного самоуправления, учреждений различного уровня, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Координация деятельности в сфере реабилитации инвалидов осуществляется Министерством социальной защиты населения Российской Федерации. Реабилитационными являются учреждения, осуществляющие процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом региональных и территориальных потребностей создают сеть реабилитационных учреждений и обеспечивают развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организуют производство технических средств реабилитации, развитие услуг для инвалидов, способствуют развитию негосударственных реабилитационных учреждений при наличии у них лицензий на этот вид деятельности, а также фондов различных форм собственности и взаимодействуют с ними в осуществлении реабилитации инвалидов.

Финансирование реабилитационных мероприятий осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации (в соответствии с положениями об указанных фондах), других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Финансирование реабилитационных мероприятий, включая содержание реабилитационных учреждений, допускается на основе кооперирования бюджетных и внебюджетных средств.

Порядок организации и деятельности Государственной службы реабилитации инвалидов определяется Правительством Российской Федерации.

Глава IV. Обеспечение жизнедеятельности инвалидов

Статья 13. Медицинская помощь инвалидам

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам, включая лекарственное обеспечение, осуществляется бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Порядок и условия оказания квалифицированной медицинской помощи различным категориям инвалидов определяются Правительством Российской Федерации.

Медицинская реабилитация инвалидов проводится в рамках федеральной базовой программы обязательного медицинского страхования населения Российской Федерации за счет средств федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Статья 14. Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к информации

Государство гарантирует инвалиду право на получение необходимой информации. В этих целях принимаются меры по укреплению материально-технической базы редакций, издательств и предприятий полиграфии, выпускающих специальную литературу для инвалидов, а также редакций, программ, студий, предприятий, учреждений и организаций, осуществляющих выпуск грамзаписей, аудиозаписей и другой звуковой продукции, кино- и видеофильмов и другой видеопродукции для инвалидов. Выпуск периодической, научной, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературы для инвалидов, в том числе издаваемой на магнитофонных кассетах и рельефно-точечным шрифтом Брайля, осуществляется за счет средств федерального бюджета.

Язык жестов признается как средство межличностного общения. Вводится система субтитрования или сурдоперевода телевизионных программ, кино- и видеофильмов.

Органы социальной защиты населения оказывают инвалидам помощь в получении услуг по сурдопереводу, предоставлении сурдотехники, обеспечении тифлосредствами.

Статья 15. Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры

Правительство Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и организации независимо от организационно-правовых форм создают условия инвалидам (включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников) для беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, спортивным сооружениям, местам отдыха, культурно-зрелищным и другим учреждениям), а также для беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным, междугородным автомобильным транспортом и всеми видами городского и пригородного пассажирского транспорта, средствами связи и информации (включая средства, обеспечивающие дублирование звуковыми сигналами световых сигналов светофоров и устройств, регулирующих движение пешеходов через транспортные коммуникации).

Планировка и застройка городов, других населенных пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, разработка проектных решений на новое строительство и реконструкцию зданий, сооружений и их комплексов, а также разработка и производство транспортных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для доступа к ним инвалидов и использования их инвалидами не допускаются.

Государственные и муниципальные расходы на разработку и производство транспортных средств с учетом нужд инвалидов, приспособление транспортных средств, средств связи и информации для беспрепятственного доступа к ним инвалидов и использования их инвалидами, создание условий инвалидам для

беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур осуществляются в пределах ассигнований, ежегодно предусматриваемых на эти цели в бюджетах всех уровней. Расходы на проведение указанных мероприятий, не относящиеся к государственным и муниципальным расходам, осуществляются за счет других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Разработка проектных решений на новое строительство зданий, сооружений и их комплексов без согласования с соответствующими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и учета мнения общественных объединений инвалидов не допускается.

В случаях, когда действующие объекты невозможно полностью приспособить для нужд инвалидов, собственниками этих объектов должны осуществляться по согласованию с общественными объединениями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов.

Предприятия, учреждения и организации, осуществляющие транспортное обслуживание населения, обеспечивают оборудование специальными приспособлениями вокзалов, аэропортов и других объектов, позволяющими инвалидам беспрепятственно пользоваться их услугами. Организации машиностроительного комплекса, осуществляющие производство транспортных средств, а также организации независимо от организационно-правовых форм, осуществляющие транспортное обслуживание населения, обеспечивают оборудование указанных средств специальными приспособлениями и устройствами в целях создания условий инвалидам для беспрепятственного пользования указанными средствами.

Места для строительства гаража или стоянки для технических и других средств передвижения предоставляются инвалидам вне очереди вблизи места жительства с учетом градостроительных норм.

Инвалиды освобождаются от арендной платы за землю и помещение для хранения средств передвижения, имеющих в их личном пользовании.

На каждой стоянке (остановке) автотранспортных средств, в том числе около предприятий торговли, сферы услуг, медицинских, спортивных и культурно-зрелищных учреждений, выделяется не менее 10 процентов мест (но не менее одного места) для парковки специальных автотранспортных средств инвалидов, которые не должны занимать иные транспортные средства. Инвалиды пользуются местами для парковки специальных автотранспортных средств бесплатно.

Статья 16. Ответственность за уклонение от исполнения требований к созданию условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур

Юридические и должностные лица за уклонение от исполнения предусмотренных настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами требований к созданию условий инвалидам для

беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур, а также для беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным, междугородным автомобильным транспортом и всеми видами городского и пригородного пассажирского транспорта, средствами связи и информации несут административную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Денежные средства, полученные от взыскания административных штрафов за уклонение от исполнения требований к созданию условий инвалидам для беспрепятственного доступа к указанным объектам и средствам, используются целевым назначением только на осуществление мероприятий по обеспечению беспрепятственного доступа к ним инвалидов и использования их инвалидами.

Статья 17. Обеспечение инвалидов жилой площадью

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями с учетом льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Жилые помещения предоставляются инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других заслуживающих внимания обстоятельств.

Инвалиды имеют право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Указанное право учитывается при постановке на учет для улучшения жилищных условий и предоставлении жилого помещения в домах государственного или муниципального жилищного фонда. Дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом (независимо от того, в виде отдельной комнаты или нет), не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере с учетом предоставляемых льгот.

Жилые помещения, занимаемые инвалидами, оборудуются специальными средствами и приспособлениями в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и желающие получить жилое помещение по договору найма или аренды, подлежат принятию на учет для улучшения жилищных условий независимо от размера занимаемой площади и обеспечиваются жилыми помещениями наравне с другими инвалидами.

Дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении возраста 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди, если индивидуальная программа реабилитации инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести ему самостоятельный образ жизни.

Жилое помещение в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, занимаемое инвалидом по договору найма или аренды, при помещении инвалида в стационарное учреждение социального обслуживания сохраняется за ним в течение шести месяцев.

Специально оборудованные жилые помещения в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, занимаемые инвалидами по договору найма или аренды, при их освобождении заселяются в первую очередь нуждающимися в улучшении жилищных условий другими инвалидами.

Инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 50 процентов с квартирной платы (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, - со стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению.

Инвалидам и семьям, имеющим в своем составе инвалидов, предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства.

Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством Российской Федерации. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать инвалидам дополнительные льготы.

О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг см. постановление Правительства РФ от 27 июля 1996 г. № 901

Статья 18. Воспитание и обучение детей-инвалидов

Образовательные учреждения, органы социальной защиты населения, учреждения связи, информации, физической культуры и спорта обеспечивают непрерывность воспитания и образования, социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов.

Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Детям-инвалидам дошкольного возраста предоставляются необходимые реабилитационные меры и создаются условия для пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа. Для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения.

При невозможности осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях органы управления образованием и образовательные учреждения обеспечивают с согласия родителей обучение детей-инвалидов по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому, в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели определяются Правительством Российской Федерации.

См. Порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей (законных представителей) на эти цели, утвержденный постановлением Правительства РФ от 18 июля 1996 г. № 861

Содержание детей-инвалидов в дошкольных и общеобразовательных учреждениях осуществляется за счет средств бюджета соответствующего субъекта Российской Федерации.

Статья 19. Образование инвалидов

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Общее образование инвалидов осуществляется бесплатно как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях и регулируется законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Профессиональное образование инвалидов в образовательных учреждениях различных типов и уровней осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

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

Организация образовательного процесса в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов регламентируется нормативными правовыми актами, организационно-методическими материалами соответствующих министерств и иных федеральных органов исполнительной власти.

Государственные органы управления образованием обеспечивают учащихся бесплатно или на льготных условиях специальными учебными пособиями и литературой, а также обеспечивают учащимся возможность пользования услугами сурдопереводчиков.

Статья 20. Обеспечение занятости инвалидов

Инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:

- 1) осуществления льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, предприятий, учреждений, организаций общественных объединений инвалидов;
- 2) установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;
- 3) резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- 4) стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;
- 5) создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;
- 6) создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов;
- 7) организации обучения инвалидов новым профессиям.

См. Перечень приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда, утвержденный постановлением Минтруда РФ от 8 сентября 1993 г. № 150

Статья 21. Установление квоты для приема на работу инвалидов

Организациям, численность работников в которых составляет более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 2 и не более 4 процентов).

Общественные объединения инвалидов и образованные ими организации, в том числе хозяйственные товарищества и общества, уставный (складочный) капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов, освобождаются от обязательного квотирования рабочих мест для инвалидов.

Механизм установления квоты в организациях определяется органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

В случае невыполнения или невозможности выполнения установленной квоты для приема на работу инвалидов работодатели ежемесячно вносят в бюджеты субъектов Российской Федерации обязательную плату за каждого нетрудоустроенного инвалида в пределах установленной квоты. Размеры и порядок внесения работодателями указанной платы определяются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 22. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов - рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов создаются за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, за исключением рабочих мест для инвалидов, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов, получивших заболевание или увечье при исполнении обязанностей военной службы или в результате стихийных бедствий и межнациональных конфликтов, создаются за счет средств федерального бюджета.

Специальные рабочие места для лиц, ставших инвалидами вследствие несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний, создаются за счет средств работодателей - причинителей вреда.

Статья 23. Условия труда инвалидов

Инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и

времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней.

Статья 24. Права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов

1. Работодатели вправе запрашивать и получать информацию, необходимую при создании специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

2. Работодатели в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов обязаны:

1) создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов;

2) создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;

3) предоставлять в установленном порядке информацию, необходимую для организации занятости инвалидов.

3. Руководители организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, нарушающие порядок внесения обязательной платы в бюджеты субъектов Российской Федерации, несут ответственность в виде уплаты штрафа: за сокрытие или занижение обязательной платы - в размере скрытой или недовнесенной суммы, а в случае отказа в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты - в размере стоимости рабочего места, определяемой органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Суммы штрафов взыскиваются в бесспорном порядке органами Государственной налоговой службы Российской Федерации. Уплата штрафа не освобождает их от внесения задолженности.

Статья 25. Порядок и условия признания инвалида безработным

Безработным признается инвалид, имеющий трудовую рекомендацию, заключение о рекомендуемом характере и условиях труда, которое выдано в установленном порядке, не имеющий работы, зарегистрированный в органе Федеральной службы занятости России в целях поиска подходящей работы и готовый приступить к ней.

Для принятия решения о признании инвалида безработным он представляет в

орган Федеральной службы занятости России наряду с документами, установленными Законом Российской Федерации "О занятости населения в Российской Федерации", индивидуальную программу реабилитации инвалида.

См. О признании инвалида безработным

Статья 26. Государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов

Государственная поддержка (в том числе предоставление налоговых и иных льгот) предприятий и организаций, производящих промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, обеспечивающих занятость инвалидов, оказывающих медицинскую помощь, услуги в сфере образования, осуществляющих санаторно-курортное лечение, бытовое обслуживание и создающих условия для занятий физической культурой и спортом, организации досуга инвалидов, инвестирующих более 30 процентов прибыли в проекты, обеспечивающие жизнедеятельность инвалидов, в научные и опытно-конструкторские разработки технических средств реабилитации инвалидов, а также протезно-ортопедических предприятий, лечебно-производственных (трудовых) мастерских и подсобных сельских хозяйств учреждений органов социальной защиты населения, государственного предприятия "Национальный фонд содействия инвалидам Российской Федерации" осуществляется в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Материальное обеспечение инвалидов

Материальное обеспечение инвалидов включает в себя денежные выплаты по различным основаниям (пенсии, пособия, страховые выплаты при страховании риска нарушения здоровья, выплаты в счет возмещения вреда, причиненного здоровью, и другие выплаты), компенсации в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Получение компенсаций и других денежных выплат одного вида не лишает инвалидов права на получение других видов денежных выплат, если у них есть для этого основания, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Статья 28. Социально-бытовое обслуживание инвалидов

О социальном обслуживании инвалидов см. также Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ

Социально-бытовое обслуживание инвалидов осуществляется в порядке и на основаниях, определяемых органами местного самоуправления с участием общественных объединений инвалидов.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создают специальные службы социального обслуживания инвалидов, в том числе по доставке инвалидам продовольственных и промышленных товаров, и утверждают перечень заболеваний инвалидов, при

которых они имеют право на льготное обслуживание.

Инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и помощи, предоставляются медицинские и бытовые услуги на дому либо в стационарных учреждениях. Условия пребывания инвалидов в стационарном учреждении социального обслуживания должны обеспечивать возможность реализации инвалидами их прав и законных интересов в соответствии с настоящим Федеральным законом и содействовать удовлетворению их потребностей.

Инвалиды имеют право на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий и других видов протезных изделий (кроме зубных протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов, приравненных по стоимости к драгоценным металлам) за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

См. Инструкцию "О порядке обеспечения населения протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения и средствами, облегчающими жизнь инвалидов, утвержденную приказом Минсоцобеспечения РСФСР от 15 февраля 1991 г. № 35

См. О предоставлении некоторым категориям лиц льгот по лекарственному обеспечению и зубопротезированию

Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), переговорными пунктами коллективного пользования.

Инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, устанавливается 50-процентная скидка за пользование телефоном и радиотрансляционной точкой.

Инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, тифло-, сурдо- и другими средствами, необходимыми им для социальной адаптации; ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях.

Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации

Статья 29. Санаторно-курортное лечение инвалидов

Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида на льготных условиях. Инвалиды I группы и дети-инвалиды, нуждающиеся в санаторно-курортном лечении, имеют право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица.

Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, санаторно-курортные путевки выдаются бесплатно органами социальной защиты населения.

Работающие инвалиды обеспечиваются санаторно-курортными путевками по месту работы на льготных условиях за счет средств социального страхования.

Лицам, ставшим инвалидами вследствие несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний, расходы на санаторно-курортное лечение, включая оплату отпуска на весь период лечения и проезда, стоимость проезда инвалида и сопровождающего его лица к месту лечения и обратно, их проживания и питания, оплачиваются за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Статья 30. Транспортное обслуживание инвалидов

Дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за детьми-инвалидами, а также инвалиды пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования городского и пригородного сообщения, кроме такси.

Инвалидам предоставляется 50-процентная скидка со стоимости проезда на междугородных линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая и один раз (проезд туда и обратно) в другое время года. Инвалидам I и II групп и детям-инвалидам предоставляется право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно, если законодательством Российской Федерации не установлены более льготные условия.

Указанные льготы распространяются на лицо, сопровождающее инвалида I группы или ребенка-инвалида.

Детям-инвалидам и сопровождающим их лицам предоставляется право бесплатного проезда к месту лечения (обследования) в автобусах пригородных и междугородных внутрирегиональных маршрутов.

Инвалиды, имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются автотранспортными средствами бесплатно или на льготных условиях.

Дети-инвалиды, достигшие пятилетнего возраста и страдающие нарушением функций опорно-двигательного аппарата, обеспечиваются автотранспортными средствами на тех же условиях с правом управления этими транспортными средствами взрослыми членами семьи.

Техническое обеспечение и ремонт автотранспортных средств и других средств реабилитации, принадлежащих инвалидам, осуществляются вне очереди на льготных условиях и в порядке, установленных Правительством Российской Федерации.

Инвалидам, родителям детей-инвалидов компенсируются расходы, связанные с эксплуатацией специальных автотранспортных средств.

О компенсации инвалидам расходов, связанных с эксплуатацией транспортных средств, и на транспортное обслуживание, см. постановление Правительства РФ от 10 июля 1995 г. № 701, письмо Минсоцзащиты РФ, Минфина РФ

Инвалидам, имеющим соответствующие медицинские показания для бесплатного получения автотранспортного средства, но не получившим его, а также по их желанию вместо получения автотранспортного средства предоставляется ежегодная денежная компенсация транспортных расходов.

Порядок и условия предоставления автотранспортных средств и выплаты компенсации транспортных расходов определяются Правительством Российской Федерации.

Статья 31. Порядок сохранения льгот, установленных инвалидам

Организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности предоставляют инвалидам льготы по оплате лекарств, санаторно-курортного лечения; по транспортному обслуживанию, кредитованию, приобретению, строительству, получению и содержанию жилья; по оплате коммунальных услуг, услуг учреждений связи, предприятий торговли, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящий Федеральный закон сохраняет льготы, установленные инвалидам законодательством бывшего Союза ССР. Предусмотренные для инвалидов льготы сохраняются независимо от вида получаемых ими пенсий.

В случаях, если другими правовыми актами для инвалидов предусмотрены нормы, повышающие по сравнению с настоящим Федеральным законом уровень социальной защиты инвалидов, применяются положения этих правовых актов. Если инвалид имеет право на одну и ту же льготу по настоящему Федеральному закону и одновременно по другому правовому акту, льгота предоставляется либо по настоящему Федеральному закону либо по другому правовому акту (независимо от основания установления льготы).

Статья 32. Ответственность за нарушение прав инвалидов. Рассмотрение споров

Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, рассматриваются в судебном порядке.

Глава V. Общественные объединения инвалидов

Статья 33. Право инвалидов на создание общественных объединений

Общественные объединения, созданные и действующие в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами

возможностей, есть форма социальной защиты инвалидов. Государство оказывает указанным общественным объединениям содействие и помощь, в том числе материальную, техническую и финансовую.

Общественными организациями инвалидов признаются организации, созданные инвалидами и лицами, представляющими их интересы, в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей, решения задач общественной интеграции инвалидов, среди членов которых инвалиды и их законные представители (один из родителей, усыновителей, опекун или попечитель) составляют не менее 80 процентов, а также союзы (ассоциации) указанных организаций.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности привлекают полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке.

В собственности общественных объединений инвалидов могут находиться предприятия, учреждения, организации, хозяйственные товарищества и общества, здания, сооружения, оборудование, транспорт, жилищный фонд, интеллектуальные ценности, денежные средства, паи, акции и ценные бумаги, а также любое иное имущество и земельные участки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 34. Льготы, предоставляемые общественным объединениям инвалидов

Государство гарантирует предоставление льгот по уплате федеральных налогов, сборов, пошлин и других платежей в бюджеты всех уровней всероссийским общественным объединениям инвалидов, их организациям, находящимся в их собственности предприятиям, учреждениям, организациям, хозяйственным обществам и товариществам, уставный капитал которых состоит из вклада указанных общественных объединений инвалидов.

Решения о предоставлении льгот общественным объединениям инвалидов по уплате региональных и местных налогов, сборов, пошлин и других платежей принимаются органами государственной власти соответствующего уровня.

Решения о предоставлении льгот по уплате федеральных налогов, сборов, пошлин и других платежей региональным и местным общественным объединениям инвалидов могут приниматься органами государственной власти соответствующего уровня в пределах сумм, зачисляемых в соответствии с законодательством Российской Федерации в их бюджеты.

Подготовка и принятие решений по предоставлению указанных льгот производятся с обязательным участием общественных объединений инвалидов.

Глава VI. Заключительные положения

Статья 35. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением статей, для которых установлены иные сроки вступления в силу.

Статьи 21, 22, 23 (кроме части первой), 24 (кроме пункта 2 части второй) настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 июля 1995 года; статьи 11 и 17, часть вторая статьи 18, часть третья статьи 19, пункт 5 части второй статьи 20, часть первая статьи 23, пункт 2 части второй статьи 24, часть вторая статьи 25 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 1996 года; статьи 28, 29, 30 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 1997 года в части расширения действующих в настоящее время льгот.

Статьи 14, 15, 16 настоящего Федерального закона вступают в силу в течение 1995 - 1999 годов. Конкретные сроки вступления в силу указанных статей определяются Правительством Российской Федерации.

Статья 36. Действие законов и иных нормативных правовых актов

Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

До приведения законов и иных нормативных правовых актов, действующих на территории Российской Федерации, в соответствие с настоящим Федеральным законом законы и иные нормативные правовые акты применяются в части, не противоречащей настоящему Федеральному закону.

Президент Российской Федерации Б. Ельцин
Москва, Кремль
24 ноября 1995 года
№ 181-ФЗ

Приложение 4.

Образец программы семинара по вопросам инвалидности и СМИ (один или два дня)¹

Первая половина дня или первый день

1. Представление темы человеком с инвалидностью, который также имеет знания по каким-то направлениям СМИ (телевидению, радио, театру, сам является писателем и т.д.)

- а). пример положительного отражения вопросов инвалидности или жизни с инвалидностью (фильм, постановка и т.д.)
- б). негативный пример
- в). обсуждение этих примеров, проводимое представителями основных присутствующих групп

2. Обсуждение языка и терминологии, формируется "комитет" из представителей основных групп

- а). примеры положительной терминологии
- б). примеры унижающих, отрицательных слов (используйте примеры из законодательных документов, положений о найме на работу, газет, фильмов, карикатур, театральных постановок, телевизионных программ, радио)

3. Международные взгляды

- а). Если возможно, задействуйте специалиста, который может рассказать о результатах кампаний по просвещению общественности, проводимых в других странах
- б). Представьте Руководство ООН по улучшению общения с инвалидами и предложите, какие мероприятия по внедрению руководства могут быть применены в стране

Вторая половина дня или второй день

4. Разбейтесь на несколько групп по видам СМИ для разработки стратегий перемен:

- а). пресса и периодические издания
- б). телевидение
- в). радио
- г). небольшие или традиционные виды СМИ, например, театр, плакаты, книги
- д). реклама (если подходит)

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

В каждой группе должно быть два руководителя-специалиста по определенному вопросу - один с инвалидностью, другой без инвалидности. Если позволит время, каждой группе раздаются положительные и отрицательные примеры информации в СМИ.

5. Закрытие

Все группы собираются вместе для подведения итогов и разработки плана дальнейшей деятельности. Использование реальных примеров стратегий по просвещению общественности.

Приложение 5.

Основы этикета в общении с инвалидами¹

Эти правила используются работниками социальных служб США. Составлены Карен Мейер, Национальный Центр Доступности, США

1. Когда вы разговариваете с инвалидом, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику, которые присутствуют при разговоре.
2. Когда Вас знакомят с инвалидом, вполне естественно пожать ему руку - даже те, кто испытывает трудности с рукой или пользуется протезом, вполне могут пожать руку - правую или левую, что вполне допустимо.
3. Когда Вы встречаетесь с человеком, который плохо видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с Вами. Если у Вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент Вы обращаетесь и назвать себя.
4. Если Вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем интересуйтесь инструкциями.
5. Обращайтесь со взрослыми как со взрослыми. Обращайтесь к инвалидам по именам, когда подобная фамильярность демонстрируется по отношению к остальным. Никогда не проявляйте покровительство к людям, использующим инвалидную коляску, - не кладите им руку на голову или плечи, не обращайтесь уменьшительными именами.
6. Опирайтесь или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске - то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе, и это тоже раздражает. Коляска, кресло - это часть неприкасаемого пространства человека, который ее использует.
7. Когда Вы разговариваете с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, когда человек сам закончит фразу. Не поправляйте его и не договаривайте за него. Если это необходимо, задавайте короткие вопросы, которые требуют таких же коротких ответов, кивка или жеста. Никогда не притворяйтесь, что вы понимаете, если на самом деле это не так. Повторите, что вы поняли, это поможет человеку ответить вам, а вам - понять его.
8. Когда Вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположитесь так, чтобы ваши и его глаза были на одном уровне, тогда вам будет легче разговаривать.

¹ Пособие по независимому образу жизни для инвалидов. Информационная поддержка томичей с ограниченными возможностями. tomhelp.city.tomsk.net/indep-liv-book.htm

9. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помахайте ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко. Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Разговаривая с теми, кто может, расположитесь так, чтобы на Вас падал свет, и Вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы Вам ничего (еда, сигареты, руки) не мешало.

10. Расслабьтесь. Не смущайтесь, если случайно допустили оплошность, сказав "Увидимся" или "Слышали об этом" тому, кому это говорить не стоило.

Основы этикета

1. Любое вспомогательное приспособление (трость, инвалидная коляска, костыли и т.д.) - это чья-то собственность, которую надо уважать. Не перемещайте, не берите их, не получив разрешения.

2. Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если инвалида кто-то сопровождает.

3. Фокусируйтесь не на инвалидности человека, а на нем или на проблеме, которую вы обсуждаете.

4. Если вы не знаете, что вам делать, спросите. Многие люди предпочитают скорее ответить на вопрос, чем оказаться в неудобном положении.

5. Не волнуйтесь по поводу того, как вам обратиться к инвалиду. Большинство людей, имеющих и не имеющих инвалидность, имеют имена.

6. Помните, что инвалиды интересуются теми же темами и сюжетами, как и люди, не имеющие инвалидности.

7. Говорите нормальным тоном и языком. Если кому-то нужно, чтобы Вы говорили громче, Вас об этом попросят.

8. Помните, что инвалиды, как и все люди, сами знают, что им нужно, что им нравится, не нравится, что они могут или не могут делать.

9. Инвалиды хотят участвовать в жизни общества. Убедитесь, что Ваш подход не препятствует этому.

10. Как в любом случае, связанном с вопросами этикета, когда Вы сделали ошибку, извинитесь, поправьте себя, сделайте для себя выводы и продолжайте.

Основные правила этикета: люди, испытывающие трудности при передвижении

1. Помните, что инвалидная коляска - неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайтесь на нее, не толкайте ее, не кладите на нее ноги без разрешения.

2. Всегда спрашивайте, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.

3. Если Ваше предложение о помощи принято, спросите насчет инструкций и следуйте им.

4. Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.
5. Всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где запланированы мероприятия. Используйте список, спрашивайте людей, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, для того, чтобы их устранить.
6. Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
7. Если возможно, расположитесь так, чтобы ваши лица были на одном уровне.
8. Если существуют архитектурные барьеры, предупредите об этом заранее, чтобы человек имел возможность принимать решения и планировать.
9. Помните, что, в общем, люди, имеющие трудности при передвижении, не имеют проблем со зрением, слухом и пониманием. Единственное, что нужно приспособить - это возможность передвигаться.

Основные правила этикета: люди с плохим зрением

1. Предложите свою руку. Не направляйте человека, не стискивайте его руку, идите так, как Вы обычно ходите.
2. Не обижайтесь, если Вашу помощь отклонили.
3. Опишите коротко, где Вы находитесь. Например: "В центре комнаты, примерно в шести шагах от Вас, стоит стол." Или: "Слева от двери, как заходишь, - кофейный столик."
4. Используйте при описании фразы, характеризующие звук, запах, расстояние.
5. Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как с обычным домашним животным. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.
6. Не отнимайте и не стискивайте трость человека, который плохо видит.
7. Всегда проясняйте, в каком формате человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, аудиокассета. Не полагайтесь на тот формат, который он обычно предпочитает.
8. Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он Вас не видит и его сопровождает компаньон.
9. Если Вы читаете для человека, который плохо видит или не видит, сначала расскажите о том, что Вы собираетесь читать. Говорите нормальным голосом. Не пропускайте информацию, если Вас об этом не попросят.
10. Всегда называйте себя по имени.

Основы этикета: люди, которые плохо слышат

1. Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.
2. Не затемняйте свое лицо и не загромождайте его руками, волосами или какими-то предметами.
3. Существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если Вы не знаете, какой предпочесть, спросите.
4. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно легко тронуть человека за руку или плечо или же помахать рукой.
5. Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то.
6. Если Вас просят повторить что-то несколько раз, попробуйте перефразировать свое предложение.
7. Если Вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер или адрес, напишите ее, сообщите по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.
8. Если существуют трудности при устном общении, спросите, не будет ли проще переписываться. Не говорите: "Ладно, это неважно." Сообщения должны быть простыми.
9. Не забывайте о среде, которая Вас окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.
10. Не меняйте тему разговора без предупреждения. Используйте переходные фразы типа "Хорошо, теперь нам нужно обсудить:"

Основы этикета: люди с задержкой в развитии и проблемами общения

1. Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.
2. Избегайте клише и идиоматических выражений, если только вы не уверены в том, что Ваш собеседник с ними знаком.
3. Не говорите "свысока".
4. Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все "по шагам." Дайте возможность Вашему собеседнику обыграть каждый шаг после того, как Вы объяснили ему.
5. Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в развитии имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.
6. Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии.
7. Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как Вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими людьми, например: планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
8. Обращайтесь непосредственно к человеку.

9. Помните, что люди с задержкой в развитии дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь.

Основы этикета: люди с психическими нарушениями

1. Не надо думать, что люди с психическими нарушениями обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.
2. Обращайтесь с людьми с психическими нарушениями как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.
3. Не надо думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию, это миф.
4. Неверно, что люди с психическими нарушениями принимают или должны принимать лекарства.
5. Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут подписывать документы или давать согласие на лечение. Они признаны законом дееспособными.
6. Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.
7. Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют навыков и способностей.
8. Не думайте, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них - хорошо, а что - плохо.
9. Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что Вы можете сделать, чтобы помочь ему.
10. Не думайте, что человек с психическими нарушениями не может справиться со стрессом.

Люди, испытывающие затруднения в речи

1. Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их - в ваших интересах.
2. Не перебивайте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он (она) уже закончил.
3. Не пытайтесь ускорить разговор. Будьте готовы к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет у вас больше времени.
4. Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт. Отдайте этой беседе все Ваше внимание.
5. Если человека с затрудненной речью сопровождает другой человек, не адресуйте Ваши вопросы, комментарии или заботы компаньону.
6. Не притворяйтесь, если Вы не поняли, что Вам сказали.

7. Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять Вас.
8. Некоторые люди с затрудненной речью имеют трудности с модуляцией. Не делайте преждевременных выводов на основании выражения лица или голосовой модуляции, пока вы не узнаете человека достаточно хорошо.
9. Не играйте с чужими приспособлениями, поскольку они - принадлежность человека, его личное пространство, которое нужно уважать.
10. Если у Вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли Ваш собеседник использовать другой способ - написать, напечатать.

Приложение 7.

Перечень законодательных, нормативно-правовых актов и нормативных документов, необходимых для руководства при разработке проектной документации на строительство и эксплуатацию объектов социальной инфраструктуры с учетом потребностей инвалидов

Принят и введен в действие совместным постановлением Госстроя России и Минтруда России от 25.03.98 N 18-22/13

1. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в РФ" (N 181-ФЗ от 24.11.95).
2. Указ Президента РФ от 02.10.92 N 1156 "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности".
3. Постановление Правительства РФ от 25.03.93 N 245 "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности".
4. Постановление Правительства РФ от 07.12.96 N 1449 "О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры".
5. Постановление Минстроя России и Минсоцзащиты России от 11.11.94 N 18-27/1 - 4403-15 "О дополнительных мерах по обеспечению жизнедеятельности престарелых и инвалидов при проектировании, строительстве и реконструкции зданий и сооружений".
6. СНиП 2.07.01-89* "Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений". Вводная часть. М., ГУП ЦПП, 1994.
7. СНиП 2.08.01-89* "Жилые здания". Вводная часть. Абзац первый, пп.: 1.9; 1.12; 1.17; 1.23; 1.28; 1.38*; 1.50*; 1.52*, 2.2; 2.6 и 2.7. М., ГУП ЦПП, 1994.
8. СНиП 2.08.02-89* "Общественные здания". Вводная часть. Абзац третий, п. 1.3. М., ГУП ЦПП, 1993.
9. СНиП 2.09.02-85* "Производственные здания". Раздел 1, пп.: 1.4; 2.20; 2.33; 2.34; 2.35; 2.40; 2.58.
10. СНиП 2.09.04-87* "Административные и бытовые здания", пп.: 1.1; 1.9; 1.18; 2.1; 2.3; 2.5; 2.14-2.19; 2.25; 2.30; 2.31; 2.52; 3.2; 3,6.
13. ВСН 62-91* "Проектирование среды жизнедеятельности с учетом потребностей инвалидов и маломобильных групп населения". Изменение N 1 (приказ председателя Госкомархитектуры от 29.11.91 N 166) и изменение N 2 (постановление Минстроя России от 26.07.94 N 18-3). М., ГУП ЦПП, 1994.
14. РДС 11-201-95 "Инструкция о порядке проведения государственной экспертизы проектов строительства". Рекомендации по проектированию окружающей среды, зданий и сооружений с учетом потребности инвалидов и других маломобильных групп населения.
15. Общие положения. ГУП ЦПП, М., 1995. Выпуск 1
16. Градостроительные требования. ГУП ЦПП, М., 1995. Выпуск 2.
17. Жилые здания и комплексы. ГУП ЦПП, М., 1994. Выпуск 3.
18. Проектирование новых и адаптация существующих зданий для воспитания, обучения и реабилитации детей-инвалидов. ГУП ЦПП, М., 1996. Выпуск 7.
19. Общественные здания и сооружения. Учреждения лечебно-профилактические: амбулатории, поликлиники, аптеки. ГУП ЦПП, М., 1998. Выпуск 10

20. Общественные здания и сооружения. Спортивные сооружения. ГУП ЦПП, М., 1997. Выпуск 12.

21. Общественные здания и сооружения. Физкультурно-оздоровительные сооружения. ГУП ЦПП, М., 1997. Выпуск 13.

22. Общественные здания и сооружения. Кинотеатры, клубы, библиотеки, музеи. ГУП ЦПП, М., 1997. Выпуск 14.

23. Общественные здания и сооружения. Здания и сооружения транспортного назначения. ГУП ЦПП, М., 1997. Выпуск 19.

24. Промышленные предприятия, здания и сооружения для труда инвалидов различных категорий. ГУП ЦПП, М., 1994. Выпуск 20.

Приложение 7.

Должностная инструкция социального работника

1. Общие положения.

1.1 Социальный работник назначается и увольняется приказом директора Центра.

1.2 Социальный работник подчиняется заведующему отделением Центра

2. Должностные обязанности

2.1 Выявляет граждан пожилого возраста, инвалидов, проживающих на территории обслуживания, нуждающихся в социальной помощи.

2.2 Обеспечивает обслуживаемых граждан продуктами питания, горячими обедами, промышленными товарами первой необходимости, медикаментами по рецептам врача.

2.3 Оказывает помощь по уборке помещений.

2.4 Протапливает печи

2.5 Сдает вещи в стирку, ремонт и т.п.

2.6 Организует оплату коммунальных и других услуг.

2.7 Организует:

- ремонт жилья;

- обеспечение топливом

- работу на приусадебном участке

- проверку правильности предоставления льготы преимуществ, компенсационных выплат;

- начисления пенсий и пособий

2.8 Оказывает содействие в поддержании контактов с родными, близкими, написании писем и заявлений, ознакомлении с печатными изданиями.

2.9 Помогает поддержанию обслуживаемыми личной гигиены.

2.10 имеет постоянные контакты с лечащим врачом обслуживаемых

2.11 Оказывает первичную медицинскую помощь:

- измерение температуры тела;

- накладывание горчичников, компрессов.

2.12 Оказывает первичную психотерапевтическую помощь.

2.13. Вызывает врача на дом.

2.14 Организует оказание ритуальных услуг.

2.15 Сопровождает обслуживаемых в лечебные учреждения, посещает их при помещении в больницу.

2.16 Ведет дневник на каждого своего обслуживаемого в установленной форме

Обслуживает на дому восемь человек благоустроенного сектора или 4 человека частного сектора, три раза в неделю оказывает услуги, огово-

ренные в договоре, заключенном между администрацией Центра и обслуживаемым.

2.17 Подает докладную записку зав. отделением о всех конфликтных ситуациях с подопечными.

2.18 Посещает зав. отделением один раз в неделю, согласно графика для решения возникающих вопросов.

2.19 Предоставляет письменный отчет о проделанной работе за месяц с перечнем оказанных услуг по установленной форме.

Обязательна расшифровка услуг, оказанных помимо перечисленных в договоре.

3.Права

Социальный работник имеет право на:

3.1 Работу на условиях трудового договора (контракта);

3.2 Бесплатный профилактический осмотр и обследование при поступлении на работу и бесплатное диспансерное наблюдение в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет соответствующих бюджетных ассигнований;

3.3 Защиту профессиональной чести, достоинства и деловой репутации, в т.ч. и в судебном порядке;

3.4 Получение квалификационных аттестатов и лицензий на профессиональную деятельность в сфере социального обслуживания;

3.5. Повышение квалификации за счет работодателя.

При исполнении служебных обязанностей социальные работники имеют право на:

3.6. Обеспечение специальной одеждой, обувью и инвентарем.

3.7 Внеочередное обслуживание государственными и муниципальными предприятиями торговли, общественного питания, быта, связи, отделениями сбербанков и учреждениями, оказывающими юридическую помощь социальным работникам при исполнении служебных обязанностей;

3.8 Первоочередную установку квартирного телефона и приобретение на льготных условиях автотранспорта в целях обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов;

3.9 Бесплатный проезд на транспорте общего пользования (кроме такси)

3.10. компенсацию за использование личного автотранспорта, используемого для оказания социальных услуг.

4.Ответственность

Социальный работник несет ответственность за:

4.1 Разглашение профессиональных тайн в порядке, установленном законодательством РФ;

4.2 Правильность оформления документации, ведение дневника, составление отчета;

4.3 Не имеет права, согласно законодательству РФ, получать от подопечных подарки и заключать с ними сделки об отчуждении жилых помещений.

5. Квалификационные требования ДОЛЖЕН ЗНАТЬ

- нормативные документы по организации социально-бытового обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на дому;

- организацию ведения домашнего хозяйства

- санитарно-гигиенические требования по уходу за престарелыми и инвалидами и инвалидами в домашних условиях;

основы психологии лиц старшего возраста, приемы оказания неотложной медицинской помощи;

- основы законодательства в сфере социальной защиты граждан пожилого возраста и инвалидов.

Должностная инструкция специалиста по социальной работе отделения срочной социальной помощи

1. Общие положения.

1.1 Назначается на должность директором Центра по личному заявлению специалиста. Увольняется (освобождается) от занимаемой должности в порядке, предусмотренном Ст25, 29, 31, 32, 33 КЗоТ

1.2 Подчиняется непосредственно заведующему отделением срочной социальной помощи

2. Должностные обязанности

2.1 Выявляет и учитывает на территории обслуживания семьи и отдельных граждан, нуждающихся в различных видах и формах социальной поддержки.

2.2 Устанавливает причины возникших у граждан трудностей, в том числе по месту жительства, работы и учебы.

2.3. Определяет характер и объем социальной помощи нуждающимся в ней гражданам.

2.4 Участвует в комплектовании продуктовых наборов и их выдаче.

2.5 Участвует в формировании банка одежды, предметов первой необходимости

2.6 Содействует активизации потенциала собственных возможностей отдельного человека, семьи или социальной группы.

2.7 Способствует улучшению взаимоотношений между отдельными людьми и их окружением.

2.8 Дает необходимые консультации по различным вопросам социальной защиты.

2.9 Помогает в оформлении документов для принятия нуждающихся на постоянное или временное социальной обслуживание, для опеки и попечительства

2.10 Содействует в помещении нуждающихся в стационарные учреждения органов здравоохранения

2.11 Совместно со специалистами других подразделений Центра координирует деятельность различных государственных и негосударственных организаций и учреждений по оказанию помощи нуждающимся в социальной поддержке.

2.12 Повышает свою квалификацию и профессиональное мастерство

2.13 Заменяет отсутствующего социального работника в случае необходимости

3. Права

3.1 Специалист по социальной работе отделения срочной социальной помощи имеет права, оговоренные в правилах внутреннего трудового распорядка для работников Центра.

4. Ответственность

4.1 Несет ответственность за нарушение настоящих должностных обязанностей

4.2 Несет ответственность за нарушение правил внутреннего трудового распорядка.

5. Квалификационные требования

8 разряд – Высшее профессиональное образование по профилю без предъявления требований к стажу работы: - Высшее образование и стаж работы в должности социального работника не менее 2 лет: - Среднее профессиональное образование по профилю и стаж работы социального работника менее 3 лет.

9 разряд – Высшее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 1 года: - Высшее образование и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 2 лет: - Среднее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 3 лет.

10 разряд – Высшее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 2 лет: - Высшее образование и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 4 лет: - Среднее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 5 лет.

11 разряд – Высшее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 3 лет: - Высшее образование и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 5 лет.

12 разряд – Высшее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 5 лет: - Высшее профессиональное образование и стаж работы в должности специалиста по социальной работе не менее 7 лет.

13 разряд – Высшее профессиональное образование по профилю и стаж работы в должности специалиста по социальной работе более 5 лет и наличие научно-методических разработок по соответствующему направлению работы.

Приложение 8. Приказ «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной Экспертизы»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 29 января 1997 г. N 30

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 29 января 1997 г. N 1

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КЛАССИФИКАЦИЙ И ВРЕМЕННЫХ КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 13.08.96 N 965 "О порядке признания граждан инвалидами" Министерство труда и социального развития Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации постановляют:

1. Утвердить прилагаемые Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико - социальной экспертизы.
2. Установить, что Инструкция по определению группы инвалидности, утвержденная Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС 2 августа 1956 года и согласованная с Министерством социального обеспечения РСФСР 2 августа 1956 года, на территории Российской Федерации не применяется.

Министр труда и социального развития Российской Федерации Г.Г.МЕЛИКЬЯН
Министр здравоохранения Российской Федерации Т.Б.ДМИТРИЕВА

Приложение к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.97 N 30, к Постановлению Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 29.01.97 N 1

КЛАССИФИКАЦИИ И ВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

I. Классификации

1.1. Основные понятия.

1.1.1. Инвалид - лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

1.1.2. Инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

1.1.3. Здоровье - состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

1.1.4. Нарушение здоровья - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

1.1.5. Ограничение жизнедеятельности - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

1.1.6. Степень ограничения жизнедеятельности - величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

1.1.7. Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

1.1.8. Социальная защита - система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

1.1.9. Социальная помощь - периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

1.1.10. Социальная поддержка - одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

1.1.11. Реабилитация инвалидов - процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально - экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

1.1.12. Реабилитационный потенциал - комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности.

1.1.13. Реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

1.1.14. Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности - специфические санитарно - гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

1.1.15. Профессия - род трудовой деятельности, занятий человека, владеющего комплексом специальных знаний, умений и навыков, полученных путем образования, обучения. Основной профессией следует считать выполняемую работу наиболее высокой квалификации или работу, выполняемую более длительное время.

1.1.16. Специальность - вид профессиональной деятельности, усовершенствованной путем специальной подготовки; определенная область труда, знания.

1.1.17. Квалификация - уровень подготовленности, мастерства, степень годности к выполнению труда по определенной специальности или должности, определяемый разрядом, классом, званием и другими квалификационными категориями.

1.2. Классификация нарушений основных функций организма человека.

1.2.1. Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

1.2.2. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).

1.2.3. Нарушения статодинамической функции.

1.2.4. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

1.3. Классификация основных категорий жизнедеятельности.

1.3.1. Способность к самообслуживанию - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

1.3.2. Способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

1.3.3. Способность к обучению - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

1.3.4. Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

1.3.5. Способность к ориентации - способность определяться во времени и пространстве.

1.3.6. Способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

1.3.7. Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально - правовых норм.

1.4. Классификации нарушений функций организма по степени выраженности.

Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

1 степень - незначительные нарушения функций;

2 степень - умеренные нарушения функций;

3 степень - выраженные нарушения функций;

4 степень - значительно выраженные нарушения функций.

1.5. Классификации ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.

1.5.1. Ограничение самообслуживания:

1 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень - неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

1.5.2. Ограничение способности к самостоятельному передвижению:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц.

1.5.3. Ограничение способности к обучению:

1 степень - способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

2 степень - способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

3 степень - неспособность к обучению.

1.5.4. Ограничение способности к трудовой деятельности:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств, и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности.

1.5.5. Ограничение способности к ориентации:

1 степень - способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств;

2 степень - способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация).

1.5.6. Ограничение способности к общению:

1 степень - способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

2 степень - способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень - неспособность к общению.

1.5.7. Ограничение способности контролировать свое поведение:

1 степень - частичное снижение способности самостоятельно контролировать свое поведение;

2 степень - способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение.

II. Временные критерии

2.1. Критерии определения групп инвалидности.

2.1.1. Критерием для определения первой группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;

- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контроля за своим поведением третьей степени.

2.1.2. Критерием для установления второй группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней;
- способности к обучению третьей, второй степеней;
- способности к ориентации второй степени;
- способности к общению второй степени;
- способности контроля за своим поведением второй степени.

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть основанием для установления второй группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления второй группы инвалидности.

2.1.3. Критерием для определения третьей группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени;
- способности к передвижению первой степени;
- способности к обучению первой степени;
- способности к трудовой деятельности первой степени;
- способности к ориентации первой степени;
- способности к общению первой степени.

Ограничение способности к общению первой степени и способности к обучению первой степени может быть основанием для установления третьей группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

2.2. Критерии установления инвалидности без срока пересвидетельствования.

Критериями установления инвалидности без срока пересвидетельствования являются: невозможность устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма; неэффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты; другие критерии, предусмотренные действующим законодательством.

Приложение 9. Российские организации инвалидов и стран СНГ (выборочный список)¹

Алтайская краевая общественная организация инвалидов "АЛЬМА-МАТЕР"
Алтайская краевая общественная организация инвалидов-колясочников "ПРЕОДОЛЕНИЕ"
Арис - центр реабилитации, ОИ(Украина)
Ассоциация Даун Синдром
Барнаул - общество инвалидов
Бердянская региональная ассоциация инвалидов
Виртуальный Центр Независимой Жизни молодых инвалидов Магаданской области
Всероссийское Общество Инвалидов (ВОИ)
Всероссийское общество слепых
Даунсайд Ап - Центр ранней помощи
DEAF.RU - страничка слабослышащих
Детский экологический центр "Живая нить"
Женская городская общественная организация "ШАГ В БУДУЩЕЕ"
"За равные возможности" - Казахстан
"ИНВАТУР" - РОО инвалидов-колясочников и опорников - Нижний Новгород
Институт профессиональной реабилитации и подготовки персонала "Реакомп"
Интеграция - сайт незрячих пользователей Интернет
Катаржина - производство колясок активного типа и тренинги по обучению их использованию
Кировская областная организация Всероссийского Общества Инвалидов
Клуб персональной помощи - ОИ г. Смоленска
Лысьвенская первичная организация Всероссийского Общества Слепых
Международная ассоциация женщин-инвалидов Грузии
Международная ассоциация женщин-инвалидов Грузии
Межрегиональный Общественный благотворительный Фонд "ГЕМАТОЛОГИЯ: МИЛОСЕРДИЕ И ПОДДЕРЖКА"
Молодежный клуб инвалидов "ПРЕОДОЛЕНИЕ" - Ангарск
Московская организация ВОИ
Московский конноспортивный клуб инвалидов
Новгородская областная организация Всероссийского Общества слепых
Новгородский областной общественный фонд социальной помощи инвалидам Вооруженных Сил "СОДРУЖЕСТВО"
Обнинская организация инвалидов на колясках "Оранта".
Общественная организация инвалидов "ВОЗМОЖНОСТЬ" - Санкт-Петербург
Общество Инвалидов Центрального Округа г.Братск Иркутская область.
ОИ - Байкал
ОИ - Крым

¹ Источник <http://perspektiva-inva.ru>

ОИ "Лотос" - Баку
ОИ "Равенство" - Самара
ОИ "Спутник" - Екатеринбург
ОООИ "Российский союз инвалидов"
Организации инвалидов республики Коми
Организация «Мост надежды» - Армения
Парус надежды
Пермская городская общественная организация инвалидов-столмированных больных "УРАЛСТОМ"
Пермская межрегиональная общественная организация инвалидовное общество "ДАУН СИНДРОМ"
Преодоление - изготовление и продажа колясок активного типа - Москва
Региональная общественная организация "Общество инвалидов с детства "ВОЗРОЖДЕНИЕ"
Региональный общественный Фонд строительства жилого комплекса инвалидов-колясочников и создания безбарьерной среды в республике Бурятия
РОО "Право ребенка"
РООИ "Круг" - Москва
РООИ "Содействие социальной защищенности инвалидов" - проект "Каждому инвалиду России компьютер&Internet"
Санкт-Петербург - общество инвалидов
Санкт-Петербургская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов "ГАООРДИ"
Санкт-Петербургская общественная организация инвалидов спортивный клуб "ТАНЕЦ НА КОЛЕСАХ"
Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства - Интегративный родительский клуб "Быть вместе"
"Свободное движение" - Екатеринбург
СООИК "Ассоциация Десница"
СООИК "АССОЦИАЦИЯ ДЕСНИЦА" - Самара
Социально-трудовой центр реабилитации молодых инвалидов "Лювена" - Первоуральск
Тверская областная общественная организация инвалидов военнослужащих на колясках "Танюша"
Тюменская областная организация всероссийского общества инвалидов "Феникс" (Ростов-на-Дону)
Центр Независимой Жизни - Тольятти
Центр независимой жизни "Финист" - г. Новосибирск
Центр по правам человека - Таганрог
Челябинское региональное отделение РБФ "НЕТ АЛКОГОЛИЗМУ НАРКОМАНИИ"
Череповецкая городская общественная организация "ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ"
"Экспрессмедтехника" - центр реабилитационной техники