



Самарская региональная общественная организация инвалидов
«Призма»
Общероссийская общественная организация
«Лига здоровья нации»

**ОБЩЕСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ
В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИНВАЛИДОВ**
(сборник материалов по результатам проекта)

Самара, 2016

Самарская региональная общественная организация инвалидов «Призма»
Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации»

**ОБЩЕСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ
В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИНВАЛИДОВ
(сборник материалов по результатам проекта)**

Самара, 2016

Общественное участие в региональной системе социальной поддержки инвалидов / Под. ред. Я.В.Власова, Н.Г. Сергеевой, М.В. Чуракова. - Самара, 2016. – 168 с.

В настоящем сборнике представлены материалы по результатам реализации социально значимого проекта «Общественное участие в региональной системе социальной поддержки инвалидов» Самарской региональной общественной организации инвалидов «Призма».

Проект нацелен на организацию систематического общественного участия в системе социальной поддержки инвалидов. Такое участие должно опираться на процессы общественной оценки социальной поддержки инвалидов, изучения общественного запроса к социальной поддержке инвалидов; предъявления общественного мнения целевым группам, организации текущего общественного участия в социальной поддержке инвалидов.

Независимая оценка региональной системы социальной реабилитации инвалидов может осуществляться через участие групп заинтересованной общественности в общественном мониторинге. Результаты социологического исследования демонстрируют перспективы общественного участия в социальной поддержке инвалидов.

Методический и исследовательский инструментарий Программы общественного участия в системе социальной поддержки инвалидов апробирован на практике – реализован на базе государственной системы здравоохранения и общественных ресурсов в сфере здравоохранения Самарской области. Результаты внедрения программы представлены на межрегиональном и общероссийском уровне структурам гражданского общества, заинтересованным в развитии и оптимизации системы социальной поддержки граждан, за счет вовлечения общественных ресурсов.

Настоящее издание ориентировано на экспертов по организации здравоохранения и общественного участия в здравоохранении, представителей профессионального и пациентского сообщества. Книга так же будет полезна для прочтения врачам-неврологам, специалистам в области реабилитации, организаторам здравоохранения, представителям неправительственных организаций, работающих в сфере защиты прав пациентов.

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 01.04.2015 №79-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Подписано в печать 19.05.2016 г.
Формат А4 210 x 297.
Усл. печ. л. 10. Тираж 1000 экз.
Отпечатано в ООО «ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ»

© Самарская региональная общественная организация инвалидов «Призма»
© Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации»

СОДЕРЖАНИЕ

1. ПРОГРАММА ОБЩЕСТВЕННОГО УЧАСТИЯ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИНВАЛИДОВ

1.1. Общественное участие как средство социальной активности НКО по реабилитации инвалидов

- | | |
|---|----|
| 1.1.1. Общие направления и задачи партнерства государства и общественности в сфере социальной поддержки инвалидов | 5 |
| 1.1.2. Опыт Самарской области по развитию общественного участия в реабилитации | 12 |

1.2. Компоненты общественного участия в региональной системе социальной поддержки инвалидов.

- | | |
|--|----|
| 1.2.1. Общественное участие на различных этапах реабилитации | 21 |
| 1.2.2. Общественный контроль как средство оптимизации системы реабилитации | 34 |
| 1.2.3. Представление общественных предложений через Советы | 79 |
| 1.2.4. Общественный мониторинг и независимая оценка социальной помощи (методология и методика социологического исследования) | 88 |

2. НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

2.1. Краткая характеристика исследования

99

2.2. Основные выводы и рекомендации

101

2.3. Оценка эффективности региональной системы медико-социальной реабилитации

- | | |
|--|-----|
| 2.3.1. Общая оценка системы медико-социальной реабилитации в Самарской области | 112 |
| 2.3.2. Доступность и качество реабилитационных услуг в учреждениях | 115 |
| 2.3.3. Доступность санаторно-курортного лечения | 124 |
| 2.3.4. Доступность лекарственного обеспечения | 125 |
| 2.3.5. Доступность высокотехнологической помощи | 126 |
| 2.3.6. Обеспеченность инвалидов техническими средствами реабилитации | 127 |
| 2.3.7. Доступность освидетельствования инвалидности | 129 |

2.3.8. Доступность безбарьерной среды жизнедеятельности	131
2.3.9. Доступность правовой реабилитации	135
2.3.10. Доступность профессиональной реабилитации и возможности занятости	138
2.4. Перспективы общественного участия в региональной системе медико-социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья	
2.4.1. Негосударственная система реабилитации	146
2.4.2. Взаимодействие государственного и негосударственного секторов в системе медико-социальной реабилитации	148
2.4.3. Общественный контроль в системе медико-социальной реабилитации	149
2.4.4. Направления развития общественного участия в системе медико-социальной реабилитации	153
2.5. Приложение. Распределение ответов на вопросы анкеты	156

1. ПРОГРАММА ОБЩЕСТВЕННОГО УЧАСТИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ИНВАЛИДОВ

1.1 ОБЩЕСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НКО ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

1.1.1. Общие направления и задачи партнерства государства и общественности в сфере социальной поддержки инвалидов

В целом, социальная поддержка инвалидов разделяется на два крупных пласта: государственная система (то, что государство обещает делать), и негосударственная (то, что оно делать не обещает). То, что государство обещает делать, делится на то, что оно делает — в полном или неполном объеме, и то, что не делает.

То, что государство не обещает делать, находится или на благотворительных сообществах (НКО, благотворительных фондах и проч.), или в руках профильных /непрофильных/ социально ориентированных общественных организаций, которые используют государственные ресурсы: гранты и проч.

Система общественного участия в социальной поддержке инвалидов раскрывает возможности общественности включаться в процесс социальной помощи и социальной реабилитации — как контрольными функциями, так и прямыми действиями.

Формой соорганизации общественности для оказания помощи пациентам являются некоммерческие неправительственные общественные организации (НКО, ННО, НГО).

Смыслом существования некоммерческой организации является общественное участие — в общественной жизни, государственном (и муниципальном) управлении, профессиональных и досуговых сферах.

НКО с одной стороны удовлетворяют запрос общественности на самоорганизацию, те или иные виды деятельности и услуг, взаимной помощи, с другой — являются связующим звеном между обществом и государством, обществом и различными секторными структурами — бизнеса, профессиональных сфер и тд., проводником информации, делегатом общественности в органах власти и в социальных структурах. А с третьей стороны НКО являются катализаторами и организаторами процессов и структур, создаваемых в интересах целевых групп.

Они привлекают внимание, ставят задачи, вовлекают социальных партнеров и их ресурсы. Работа НКО гибко оптимизирует социальную организацию общества, гуманизируя управление и перераспределяя ресурсы общества и государственной системы в соответствии с запросами локальных групп, нуждающихся в поддержке или готовых оказывать таковую. То есть НКО содействуют созданию социального капитала и способствуют наиболее оперативному и эффективному его вложению.

Таким образом, деятельность пациентских НКО, направленная на помощь пациентам, и организующая общественное участие в решении проблем, является еще и общественно полезной в самом широком смысле. Благодаря ей люди, нуждающиеся в помощи, не только получают ее как пассивные иждивенцы, но и сами оказывают услуги обществу и государству, реабилитируя себя как активных и социально эффективных граждан.

Благодаря общественному участию не только выявляются и решаются

проблемы, но усиливаются сами НКО – субъекты выражения мнения пациентов, помощи пациентам, реабилитации пациентов, субъекты общественного участия.

Везде, где существует дефицит государственного участия, там включается, приходит на помощь общественность. Некоммерческие общественные организации либо побуждают государственную организацию оказывать помощь так, как положено по закону, либо привлекают какие-то иные ресурсы для решения вопроса.

Дефицит государственного участия может быть разным:

- Одна сторона дефицита — существуют стандарты оказания социальной помощи (они разработаны), но они не выполняются в виду отсутствия финансовых возможностей — здесь НКО предоставляет свои ресурсы.
- Другая сторона дефицита — изначальное отсутствие стандартов оказания социальной помощи в конкретной сфере. Здесь НКО может выдвигать свои предложения.

Две стратегии действий НКО:

- Выделяется дефицитный участок оказания социальной помощи и предлагается какая-то тема.
- Определяется узкоспецифичная группа людей и потребности в помощи именно этой группы.

Объективная невозможность охватить все стороны жизни инвалида системой государственной поддержки, недостаточность средств в государственной системе здравоохранения и социальной помощи, невозможность для государственных служб на нынешнем их уровне развития охватить все слои пациентов гибкой системой индивидуальных программ реабилитации, а также наличие значительного внешнего для государственной системы реабилитационного ресурса – возможностей самого пациента, его близких, добровольческих общественных структур, говорят в пользу необходимости создания общественно- государственной системы реабилитации. Такой, в которой в реабилитационном процессе в полной мере будут использованы разнообразные материальные и нематериальные ресурсы пациента, его семейного и референтного окружения, специалистов общественников, пациентского сообщества, широкого волонтерского движения и общества вообще.

Катализаторами создания, организаторами, координаторами и даже методистами общественного сегмента реабилитации могут стать общественные организации – устойчивые структуры, действующие в соответствии с общественным запросом, глубоко погруженные в тематику проблем и запросов конкретных социальных групп, высоко мотивированные на помощь.

В свете оказания медицинской и социальной помощи инвалидам наиболее важным партнером НКО является государство. Здесь находятся точки принятия решений и основные ресурсы помощи пациентам.

С другой стороны, участие НКО в принятии и реализации государственных (муниципальных) властных решений является важнейшей задачей полноценно действующей НКО.

Тем более, эта деятельность сама по себе является важным средством профессиональной, социальной, статусной, интеллектуальной, психологической реабилитации.

Учитывая сложившуюся непростую ситуацию в отрасли, а также значительный рост активности пациентских организаций и представителей

медицинского сообщества, вполне логичным выглядит вывод: необходимым развить и узаконить дополнительную общественную форму контроля (в том числе в сфере социальной защиты), подчинив его определенным общим правилам и установкам с приданием ему статуса «регулируемого Государством инструмента контроля исполнения федеральных и региональных правовых актов».

Западные государства достаточно четко определили место организованной общественности в структуре общества: «здравоохранные» НГО считаются не только важной политико-экономической частью общественного устройства, но и носителем базовых принципов терпимости к людям, которые «не такие как все». Идеология «равенства свобод и равенства возможностей» для граждан с различными ограничениями физических возможностей является важнейшей директивной частью внутренней политики развитых стран. НГО, занимающиеся поддержкой социально незащищенных групп населения в развитых западных странах, часто финансируются за счет различных государственных программ, имеют привилегии в размещении своих материалов в СМИ, а также поддерживаются административно, например, введением системы разнообразных льгот и поощрений как для самих НГО так и для бизнес-компаний, которые занимаются пожертвованиями на деятельность этих НГО.

Кроме того, сами органы власти являются в большинстве случаев заявителями проведения благотворительных аукционов, лотерей, массовых спортивных мероприятий, действуя в интересах НГО, формируя свои мероприятия с учетом возможностей привлечения внимания бизнес-сообщества и простых граждан к проблемам тех или иных нуждающихся групп населения.

В России гражданское общество молодое и развивается, как и положено молодому социальному организму, не вполне гармонично. На смену акцентированного развития общественных научных организаций и общественных организаций инвалидов, больше характерных для времен СССР и России образца до 2000 года, пришли организации медицинских работников и профильные объединения пациентов, имеющие более узкий охват целевых групп граждан, но значительно более высокую степень проработки программы защиты прав своих подопечных.

Объединения граждан, создаваемые «сверху», при органах власти, опираются на подведомственные ресурсы. Их участники мало заинтересованы в работе советов или комиссий и существование таких структур во многом формально. С другой стороны, объединения граждан, создаваемые отдельными региональными общественными структурами или группами пациентов с целью контроля качества исполнения региональными властями своих полномочий более мотивированы на работу.

Потенциал подобных НКО, а также различного рода общественных советов, создаваемых при профильных региональных властных структурах (региональных министерствах здравоохранения, территориальных органах Росздравнадзора) необходимо использовать для повышения качества медико-социальной реабилитации инвалидов.

В условиях дефицита бюджетного финансирования и связанных с ним проблем недостаточной материально-технической базы учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, недоукомплектованности штатов специалистов особое значение имеет поиск внебюджетных источников финансирования, привлечение к делу охраны здоровья (в т.ч. реабилитации инвалидов) других заинтересованных структур, в первую очередь, общественных организаций. В связи с указанным подчеркнем, что эта проблема носит глобальный

характер.

Формирующийся в последнее десятилетие в России принципиально новый тип общественных отношений характеризуется динамичным развитием сотрудничества между органами государственной власти и неправительственными некоммерческими организациями (НКО). Это предполагает создание правовых условий для повышения самоорганизации общества, диверсификации социальных услуг на основе активного привлечения и развития негосударственного сектора. Неправительственные НКО, усилия добровольных гражданских инициатив играют важную роль в этом процессе и составляют фундаментальную основу гражданского общества.

Нормативно-правовая основа деятельности неправительственных НКО получила свое развитие с введением в 1995 г. в действие 1 части Гражданского кодекса, учитывающего особенности создания и деятельности НКО, и принятием Государственной Думой ряда федеральных законов: «Об общественных объединениях», «О некоммерческих организациях», «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях», «О профессиональных союзах, правах и гарантиях их деятельности», «О свободе совести и о религиозных объединениях», которые установили основные правовые нормы их функционирования : порядок создания и ликвидации НКО, их организационно-правовые нормы, возможные методы государственной поддержки и другие.

Благоприятная правовая основа способствовала значительной активизации гражданских некоммерческих инициатив.

Участие НКО в бюджетном процессе является важным показателем их взаимодействия с властными структурами. Именно взаимопонимание между ветвями власти и НКО делает это взаимодействие созидательным. По нашим наблюдениям, объединяясь в НКО, граждане нередко противопоставляют себя властным структурам, рассуждая о них с негативной точки зрения. В этом случае НКО развивается, как правило, опираясь на собственную хозяйственную деятельность или имеющиеся ресурсы. Другим видом негативного отношения НКО к властным структурам является «требовательно-давательское» взаимодействие. Подобный вид отношений распространен в настоящее время и может значительно влиять на воспринимаемость НКО структурами властями.

Наиболее социально-гармоничными являются партнерские взаимоотношения между НКО и государственными структурами. В случае разумного взаимного дополнения возможны значительные перспективы в продвижении социальных проектов от НКО, их совместное исполнение, финансирование. Имеет значение нахождение «проводников» НКО во властных структурах. Этими проводниками могут являться Советы общественных организаций, комитеты, комиссии при тех или иных ветвях власти. Они обеспечивают информационные потоки в обе стороны. С их помощью можно реально влиять на принятие программ, законопроектов, бюджета.

Интерес же органов власти к НКО обеспечивается конструктивной позицией НКО, концептуальной завершенностью их предложений, готовностью НКО исполнять условия проекта. НКО должны обязательно сотрудничать с ветвями власти и помогать им в проведении социальной политики на благо реабилитируемым людям.

Целью партнерства органов государственной власти, местного самоуправления и негосударственных НКО являются совместные согласованные и скоординированные действия, способствующие социально-экономическому развитию.

Среди основных задач данного партнерства можно выделить:

- повышение уровня и качества жизни граждан;
- развитие демократических институтов и усиление процесса демократизации общества;
- укрепление доверия граждан к органам власти и сохранение социальной стабильности в регионе;
- участие негосударственных некоммерческих организаций в разработке и реализации политики администраций регионов;
- развитие дружественных межнациональных отношений, сохранение национально-культурных традиций;
- разработка и внедрение в практику взаимоотношений федеральных органов государственной власти, органов местного самоуправления и негосударственных некоммерческих организаций принципов социального партнерства;
- совершенствование и развитие региональной нормативно-правовой базы, формирующей условия для развития гражданского общества и роста гражданских инициатив;
- разработка и внедрение эффективных механизмов поддержки и реализации социально значимых гражданских инициатив и программ;
- создание системы информационной поддержки процесса развития гражданского общества;
- развитие кооперации, различных форм сотрудничества внутри некоммерческого сектора, обобщение положительного опыта работы;
- содействие развитию многосторонних контактов негосударственных некоммерческих организаций, других субъектов Российской Федерации и зарубежных стран.

В основе партнерских отношений федеральных органов государственной власти, органов местного самоуправления и негосударственных НКО лежат следующие принципы:

- соблюдение норм действующего законодательства Российской Федерации;
- совместное участие негосударственных некоммерческих организаций, федеральных органов государственной власти, органов местного самоуправления в решении социальных проблем, определении приоритетов социальной политики;
- принятие согласованных решений по достижению поставленной цели и способам организации общественной деятельности.

Основными направлениями партнерства органов государственной власти, органов местного самоуправления и негосударственных НКО, по обоюдному соглашению экспертов НКО и представителей различных ветвей государственной власти, могут быть следующие:

В сфере аналитической деятельности:

- проведение мониторинговых исследований процесса формирования гражданского общества, выявление динамики развития общественных и межрегиональных связей в целях устранения негативных явлений;
- изучение ситуации, выявление наиболее перспективных форм и благоприятных условий межсекторного взаимодействия, разработка рекомендаций для федеральных органов государственной власти и органов местного самоуправления по формированию механизмов эффективного межсекторного взаимодействия в регионе;
- анализ, обобщение и использование в практике наиболее ценного отечественного и зарубежного опыта инициативного решения группами населения социально значимых вопросов.

В социально-экономической сфере:

- привлечение негосударственных НКО к разработке и выполнению программ социально-экономического развития;
- поддержка негосударственных НКО, содействующих развитию отечественного производства;
- создание условий для реализации предпринимательских инициатив негосударственных НКО в целях обеспечения их уставной деятельности;
- совершенствование механизмов участия негосударственных НКО в реализации социальной политики;
- установление и развитие партнерства между федеральными органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями и работниками, взаимодействие с профсоюзами и другими общественно-профессиональными структурами;
- развитие благотворительности и мобилизация финансовых и материальных средств для социальной поддержки нуждающихся.

В духовной сфере:

- возрождение духовности, уважения к честному труду и человеку труда, чести и достоинству личности;
- формирование чувства патриотизма;
- формирования в обществе уважительного толерантного отношения к культурным, историческим и религиозным ценностям народов России и международному историко-культурному наследию;
- пропаганда нравственных норм жизни.

Основными формами указанного партнерства могут быть следующие:

- поддержка деятельности профсоюзных, детских, молодежных, студенческих, женских, профессиональных, экологических организаций, объединений ветеранов, пенсионеров, инвалидов, работников науки, культуры, образования, здравоохранения, этнокультуры и иных формирований;
- создание общественного собрания регионов для обсуждения, консультации и согласования позиций по важнейшим вопросам политической, социально-экономической, культурной жизни региона, координационного совета по работе с негосударственными некоммерческими организациями, организация работы постоянно действующих «круглых столов» по направлениям деятельности некоммерческого сектора;
- участие негосударственных НКО в региональных ярмарках, выставках, фестивалях, смотрах народных талантов;
- участие НКО в разработке, реализации и экспертной оценке проектов законодательных актов и программ социального развития;
- проведение общественных слушаний на различных уровнях, взаимных консультаций по различным вопросам, областных конференций по общественно значимым вопросам.

В соответствии с действующим законодательством взаимодействие органов государственной власти, местного самоуправления и НКО может осуществляться посредством таких механизмов, как:

- заключение соглашений, договоров о сотрудничестве;
- работа общественно-государственных советов и комиссий;
- проведение постоянно действующих «круглых столов»;
- создание и развитие специальной инфраструктуры взаимодействия (областного и муниципальных центров социального партнерства, областного и муниципальных домов дружбы народов, муниципальных домов молодежных организаций и других).

1.1.2 Опыт Самарской области по развитию общественного участия в реабилитации

Одним из важных вопросов, который широко обсуждается в пациентском и профессиональном сообществе, является вопрос принципов, общих для всех больных, нуждающихся в реабилитации.

К таким принципам можно отнести раннее начало реабилитационных мероприятий, позволяющее снизить или предотвратить ряд осложнений раннего периода и способствующее более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций, систематичность и длительность, что возможно лишь при хорошо организованном поэтапном построении реабилитации, обязательно комплексность (применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий), включение в реабилитационный процесс специалистов разного профиля, адекватность (индивидуализация программы реабилитации), социальная направленность, активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких.

Для эффективного решения многочисленных проблем, связанных с реабилитацией инвалидов необходимо формирование комплексной системы реабилитации на федеральном и региональном уровнях, оптимальное функционирование которой может осуществляться лишь на базе единых организационно-правовых и методических основ.

Самарский Семейный центр реабилитации

Самарская региональная общественная организация инвалидов «Призма» пропагандирует необходимость создания на территориях комплексных центров медико-социальной реабилитации инвалидов.

Основные задачи негосударственного Центра реабилитации:

1. Интеграция инвалидов с неврологической патологией и демиелинизирующими заболеваниями в общественную среду посредством проведения комплексной медико-социальной, правовой и психологической программы реабилитации инвалидов;
2. Создание программы научно-методического, правового, информационного и кадрового решения проблем медицинской, социальной, психологической и профессиональной реабилитации инвалидов с неврологической патологией и демиелинизирующими заболеваниями;
3. Разработка и реализация психолого-социальной и психотерапевтической помощи инвалидам с неврологической патологией и демиелинизирующими заболеваниями;
4. Детализация и конкретизация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разрабатываемых учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы;
5. Снижение риска инвалидизации среди длительно болеющих больных с неврологической патологией и демиелинизирующими заболеваниями путем организации реабилитационных мероприятий для этой группы больных;
6. Развитие и совершенствование системы реабилитации инвалидов посредством осуществления комплексной социальной, медицинской,

профессиональной и психологической реабилитации;

7. Обеспечение максимально полной и своевременной социальной адаптации инвалидов к жизни в обществе, семье, к профессиональному обучению и труду.

В области медико-социальной реабилитации Центр реабилитации осваивает и использует как традиционные, так и новые методики и технологии, также проводит медико-социальный патронаж и мониторинг инвалидов, оказывает реабилитационную помощь инвалидам с неврологической патологией на дому. Безусловно, необходимо обеспечивать взаимодействие специалистов отделения с другими реабилитационными учреждениями в целях достижения непрерывности, комплексности и последовательности в реализации мероприятий по социально-медицинской реабилитации и осуществлять лечебно-восстановительные, физкультурно-оздоровительные мероприятия. Важным является и координация работы и взаимодействие с другими лечебными учреждениями городов и районов области.

С точки зрения психосоциальной реабилитации Центр должен способствовать обучению пациентов с ограниченными возможностями навыкам самообслуживания, семье и общественных местах, а также навыкам общения и другим приемам бытовой адаптации.

Таким образом, проблема совершенствования системы оказания реабилитационной помощи больным рассеянным склерозом должна рассматриваться в контексте мер, направленных на улучшение качества жизни пациента. Эффективное решение этого аспекта невозможно без широкого участия различных общественных организаций, а также их взаимодействия с органами исполнительной и законодательной власти.

Одним из примеров подобного взаимодействия стала программа «7 нозологий». Она начала свою жизнь с принятием Постановления Правительства Российской Федерации от 17 октября 2007 г. № 682 «О закупках в 2009 - 2011 годах лекарственных средств, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 02.06.2008 N 423, от 14.02.2009 N 115, от 30.12.2009 N 1151, с изм., внесенными Постановлением Правительства РФ от 30.11.2010 N 961), в котором были поименованы заболевания, при наличии которых государство централизовано закупало дорогостоящие лекарственные средства. Сейчас данное Постановление действует бессрочно и устанавливает порядок закупки Министерством здравоохранения РФ лекарственных средств для лечения 7 нозологий.

Практика показывает, что для успешной реализации программ социальной реабилитации инвалидов нужны не только материально технические условия, но и широкое привлечение общественных ресурсов: профессиональных, волонтерских, семейных, личных.

Профессиональное, экспертное участие позволяет планировать реабилитационную деятельность с применением новейших методик из различных сфер, контролировать адекватность и результативность их использования и распространять инновации в профессиональном сообществе.

Семейный компонент необходим для того что бы активизировать механизм помощи инвалиду силами близких и мотивированных людей, использовать

максимально комфортные условия для адаптации к среде, нормализовать внутрисемейный климат, создать условия для непрерывной внутрисемейной реабилитации.

Добровольческое участие позволяет привлечь к работе значительные дополнительные ресурсы из различных сфер, в том числе, что чрезвычайно важно, ресурсы людей вовлеченных в проблему - инвалидов и их близких.

Фандрайзером, объединителем и координатором использования таких ресурсов закономерно становятся общественные организации пациентов. Высокая мотивация, знание проблем и потребностей пациентов, погруженность в проблему и в способы ее решения, ответственность перед пациентским сообществом, ориентация на достижение некоммерческой социальной цели, опыт в привлечении ресурсов делают пациентские НКО предпочтительным исполнителем подобных программ.

Целью комплекса мероприятий, разработанного и апробированного Самарской региональной общественной организацией инвалидов «Призма» в сообществе с сетью организаций, входящих во Всероссийский союз пациентов, и в партнерстве с Общероссийской общественной организацией инвалидов – больных рассеянным склерозом (ОООИ-БРС) является социальная реабилитация и адаптация пациентов – больных неврологическими заболеваниями (в силу специализации ОООИБРС – в первую очередь - пациентов больных рассеянным склерозом) и членов их семей.

Основные задачи комплекса мероприятий по социальной реабилитации это:

1. Восстановление навыков взаимодействия с окружающей средой, адаптация к новым условиям, достижение социально-бытовой независимости.
2. Нормализация эмоционального состояния и оптимизация психологического потенциала личности, возвращение уверенности в себе, поднятие самооценки.
3. Восстановление навыков социального взаимодействия, организация общения, предупреждение драмы не востребоваемости, преодоление одиночества.
4. Восстановление социального и трудового статуса инвалида, выравнивание возможностей инвалидов в социокультурном самоутверждении.
5. Психологическая поддержка, коррекция внутрисемейного климата, адаптационное обучение семьи инвалидов (информирование и консультирование, обучение членов семьи по различным вопросам), профилактика безнадзорности.
6. Создание системы взаимной поддержки, обучения и обмена опытом преодоления и предупреждения трудных жизненных ситуаций для семей инвалидов.
7. Удовлетворение потребностей семьи инвалида в информации, в получении социально-культурных услуг, обеспечение досуга.

Достижение данных задач реализуется общественной организацией через следующие направления деятельности:

- Реализация комплекса специализированных социально – реабилитационных тренингов по: бытовой реабилитации, трудотерапии, восстановлению двигательной активности и мелкой моторики, библиотекотерапии, караокетерапии, гарденотерапии, анималоатерапии. Интенсивность посещения инвалидами тренингов – не менее 1 раза в месяц.
- Организация психолого-коррекционной работы с больными посредством индивидуальных, семейных и групповых занятий, консультирование по психолого-педагогическим вопросам, организация занятий, способствующих развитию личности. Групповые занятия проводятся 1 раз в неделю. Индивидуальные и семейные – на дому и в офисе, по персонально разрабатываемому графику.
- Мероприятия по лечебной и адаптивной физической культуре и спорту.
- Иппотерапия. Прохождение инвалидами и членами их семей недельного курса раз в год.
- Институт социального помощника. Набор и обучение из числа волонтеров, родных пациентов социальных помощников, оказывающих больным непосредственную помощь и обучающую и психологическую поддержку на дому. Ведется поквартальная оценка работы помощников, проводятся ежеквартальные семинары взаимного обучения помощников.
- Семейная взаимопомощь. Создание коммуникативного и деятельностного коллективного пространства для семей больных. Организация очных встреч и дистанционного общения. Обмен опытом, эмоциями, взаимное обучение и поддержка, проведение совместных акций. Модерирование встреч изначально ведется специалистами, постепенно передается представителям семей. Встречи групп – не менее 1 раза в месяц.
- Служба Патронажных медсестер. Предоставление инвалидам, ограниченным в передвижении социальных услуг на дому, осуществление социального патронажа больных, находящихся в медицинских учреждениях.
- Институт Уполномоченного Общественного Эксперта. Оказание сотрудниками Института юридической помощи, вовлечение пациентов в посильную и важную общественную деятельность.
- Организация досуга и культурно-развлекательных мероприятий. Основные виды: организация групп по интересам, проведение очных и заочных творческих конкурсов (стихи, песни, музыка, рукоделие, «Алло, мы ищем таланты», «Вместе со звездами»), публикация стихов и малой прозы в сборниках, конкурс фотографии, участие в социальных конкурсах (конкурс социальной рекламы, выставках), Дни здоровья, анимационные мероприятия («Давайте дарить друг другу улыбку», театрализованное представление Новый год», Бал-маскарад), посещения театра, филармонии, цирка, выставок, тематические мероприятия (День урожая, День знаний, Конкурс «Вопросы и ответы», День смеха, мероприятия, приуроченные к различным праздникам День защитника Отечества, Международный женский день, Новый год и тп.). Досуговые мероприятия проводятся не реже 2 раз в месяц.

- Спортивная реабилитация (спортивные мероприятия по настольным играм: шашки, шахматы, нарды; выездные спортивные мероприятия: дартс, стрельба по воздушным шарам). Организация спортивных секций (туризм, рукопашный бой, теннис, волейбол) для подростков из семей инвалидов. Проведение кратких туристических походов 2 раза в год.
- Трудотерапия (акции «Зеленый город», «Забота»).
- Постоянная работа по взаимодействию с органами власти (рабочие встречи, участие в заседаниях, открытых форумах, «круглых столах»).

Универсальными организационными площадками реализации данной системы реабилитации являются общественные и общественно – государственные структуры и службы созданные ООИБРС самостоятельно, внутри организации, а так же вне организации – в партнерстве с различными внешними контрагентами:

- Система НКО и общественных коалиций,
- Система общественных советов по защите прав пациентов;
- Информационная служба ООИБРС;
- Институт Уполномоченного Общественного Эксперта;
- Служба Патронажных медсестер;
- Служба социальных помощников;
- Нейроцентр реабилитации инвалидов «Береза»;
- Центр семейной реабилитации инвалидов.

Основными результатами комплекса реабилитационных мероприятий является восстановление социального, трудового, семейного статуса людей, заболевших рассеянным склерозом, возвращение их к полноценной социальной жизни, сохранение их семей и нормализация внутрисемейных отношений.

Опыт взаимодействия в Самарской области НКО и органов государственной власти

В Самарской области создано Общественное Собрание Самарской области при Губернаторе как совещательно-консультативный орган, осуществляющий взаимодействие негосударственных НКО с органами исполнительной власти.

Деятельность Собрания основывается на принципах:

- взаимодействия и конструктивного диалога между органами исполнительной власти и негосударственными некоммерческими организациями;
- прозрачности взаимоотношений.

Собрание действует на общественных началах. Его задачами являются:

- открытое и гласное обсуждение различных аспектов развития Самарской области, выражение мнений населения области по вопросам общественной жизни, доведение этих мнений до сведения широкой общественности и органов исполнительной власти;
- содействие деятельности негосударственных НКО в решении проблем социально-экономического развития;
- выработка рекомендаций и предложений по совершенствованию социальной политики, способствующих социально-экономическому и социокультурному развитию области;
- вовлечение негосударственных НКО в процесс принятия общественно значимых решений;
- участие в разработке проектов нормативных правовых актов, планов и программ развития области;
- совершенствование механизма учета общественного мнения и обратной связи между объединениями граждан и органами исполнительной власти;
- формирование политической и правовой культуры.

Деятельность Собрания организует Координационный совет по работе с негосударственными НКО. Рабочими органами собрания являются заседания «круглых столов» по направлениям деятельности негосударственных НКО.

Собрание формируется путем делегирования своих представителей негосударственными НКО, Администрацией Самарской области. Оно работает в режиме заседаний, которые проводятся в соответствии с планом работы (как правило, один раз в полугодие). Для подготовки и проработки решений по отдельным вопросам Собрание может образовывать комиссии и рабочие группы. Члены Собрания осуществляют свою деятельность на безвозмездной основе.

Состав Координационного совета утверждается распоряжением Губернатора Самарской области из числа председательствующих на заседаниях «круглых столов», представителей общественных организаций, в том числе профсоюзов, союзов работодателей, а также руководителей структурных подразделений Администрации Самарской области. В состав Координационного совета входит Губернатор Самарской области.

Задачами Координационного совета являются:

- рассмотрение общественно значимых областных проблем и внесение предложений по их решению;
- разработка новых стратегических и методологических подходов к решению социальных проблем;
- содействие согласованному функционированию и взаимодействию органов исполнительной власти и НКО;
- организация работы и исполнения решений Собрания;
- анализ общественного мнения по социально-экономическим проблемам Самарской области;
- участие в подготовке официальных документов и материалов Администрации области по вопросам взаимодействия с НКО;
- анализ эффективности исполнения социальных программ.

Основной организационной формой деятельности Координационного совета является заседание Совета, которое проводится по мере необходимости, но не реже одного раза в 3 месяца.

Целями проведения «круглых столов» являются:

- рассмотрение общественно значимых областных проблем и внесение предложений по их решению;
- организация выполнения решений Собрания и Координационного совета;
- обеспечение реализации программ и проектов, подготовленных в рамках взаимодействия участников заседаний «круглого стола»;
- подготовка предложений по организации совместной деятельности органов исполнительной власти и НКО по реализации социальных программ;
- взаимодействие с организациями Российской Федерации и зарубежных стран по вопросам, относящимся к ведению заседаний «круглых столов»;
- формирование и регулярное пополнение баз данных, включающих в себя информацию о деятельности НКО по темам заседаний «круглых столов», об эффективности их взаимодействия с органами исполнительной власти, о результатах реализуемых проектов и программ.

Участниками заседаний «круглых столов» являются представители НКО, руководители структурных подразделений Администрации области, курирующие соответствующие направления деятельности, обсуждаемые на заседаниях «круглых столов».

Заседания «круглых столов» являются открытыми, проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в 3 месяца.

Указанная система помимо прочего позволяет оптимизировать систему бюджетного финансирования, в т.ч. финансирования проектов, связанных с системой здравоохранения и социальной защиты населения, следствием чего является, в частности, то, что в результате этой деятельности произошло существенное увеличение объема финансирования помощи пациентам с

рассеянным склерозом в Самарской области. В ходе проводимой работы мы добились увеличения объемов финансирования и создали систему взаимодействия организации больных с РС с органами государственной власти, учреждениями здравоохранения и социальной защиты, а также способствовали созданию и участвовали в организации двух специализированных структур для диспансеризации и лечения больных РС: Регионального Центра диагностики и лечения рассеянного склероза и Полифункционального Нейроцентра реабилитации инвалидов.

Характеризуя положительный опыт взаимодействия в Самарской области НКО и органов государственной власти, нельзя не отметить также, что в области существует коллективный договор о взаимодействии Самарской Губернской Думы и негосударственных НКО в нормотворческой деятельности и Общественная Комиссия по здравоохранению при Комитете по здравоохранению, образованию и социальной политике Самарской Губернской Думы. Причем разработка положений о деятельности Общественных Комиссий при Комитетах Губернской Думы также проведена и согласована на уровне Спикера Губернской Думы.

Общественная Комиссия создана с целью:

- привлечения широкого круга специалистов для обсуждения вопросов в области здравоохранения;
- обсуждения вопросов и разработки рекомендаций при подготовке и реализации областных целевых программ по здравоохранению.
- Комиссия является коллегиальным совещательным органом. Работу Комиссии организует и ведет депутат, входящий в состав комитета по здравоохранению, образованию и социальной политике.

Комиссия осуществляет подготовку предложений по вопросам здравоохранения; предварительное рассмотрение проектов соответствующих нормативно-правовых актов, поступивших в Думу для рассмотрения; проектов федеральных законов по вопросам здравоохранения, предлагаемых для внесения в порядке законодательной инициативы в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации; проектов нормативных правовых актов органов местного самоуправления; вопросов здравоохранения, выносимых на рассмотрение комитета по здравоохранению, образованию и социальной политике; разработку указанных проектов; рассмотрение поступивших в комитет по здравоохранению, образованию и социальной политике обращений, предложений органов управления, организаций, граждан по вопросам здравоохранения.

Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости. Ее решения носят рекомендательный характер.

Для обеспечения взаимодействия органов государственной власти Самарской области, органов местного самоуправления, общественных объединений инвалидов и иных организаций, занимающихся проблемами инвалидности, в 2002 г. в области создан областной совет по делам инвалидов, являющийся консультативным органом.

Подытоживая, можно отметить, что роль общественных организаций в системе медико-социальной помощи различным контингентам больных РС определяется следующими основными направлениями их деятельности:

1. Участие в принятии различных нормативных актов на разных уровнях управления, обеспечивающих должную защиту интересов лиц, имеющих нарушения здоровья и ограничения жизнедеятельности.
2. Участие в бюджетном процессе, позволяющее обеспечить должный уровень финансирования медико-социальных программ.
3. Участие в разработке и реализации целевых комплексных программ, нацеленных на помощь различным контингентам больных и инвалидов.
4. Помощь больным и их родственникам в решении юридических и медико-социальных проблем, работа по повышению уровня их юридической и санитарной грамотности.
5. Координация деятельности всех заинтересованных структур, защита прав и интересов членов организации, помощь при их нарушении.

Именно профильные общественные организации (при соответствующем их функционировании) обеспечивают системность и комплексность реабилитационного процесса.

1.2. КОМПОНЕНТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО УЧАСТИЯ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИНВАЛИДОВ

Компоненты общественного участия в региональной системе социальной поддержки инвалидов могут быть сведены к следующим основным блокам – они легли в основу предлагаемой Программы:

1. Участие общественности в социальной реабилитации.
2. Общественный контроль как средство оптимизации системы реабилитации.
3. Представление общественных предложений через общественные советы.
4. Общественный мониторинг и независимая оценка социальной помощи.

1.2.1. Общественное участие на различных этапах реабилитации

Современная система медико-социальной реабилитации, представленная в развитых странах, построена таким образом, что человек, имеющий инвалидность, постоянно занят, вовлечен в какую-то деятельность. И занятость эта обстоятельно продумана в его индивидуальной программе медико-социальной реабилитации, составленной на основе подбора разных методик и создания обширного плана действий. Суть реабилитационного процесса — инвалид никогда не должен быть один — для этого существует целая палитра мероприятий по получению знаний и навыков, позволяющих быть самостоятельным, не привлекая и не опираясь исключительно на ресурсы родственников и социальных работников. В таком подходе скрыта экономическая составляющая: более эффективная реабилитация дает увеличение ВВП за счет работы самого инвалида.

С позиции системного подхода, реабилитация - это система научной и практической деятельности, которая направлена на частичное и полное восстановление (сохранение) личностного и социального статуса человека путем комплексного воздействия на личность медицинских, социальных, психологических, педагогических, правовых и др. факторов.

При создании общей модели реабилитационных центров, как основы гармоничного взаимодействия всех структур внутри системы, необходимо ввести понятие комплексной системы реабилитации больных (включая их мониторинг, взаимодействие учреждений здравоохранения, социальной защиты, медико-социальной экспертизы, функционирование новых организационных структур) позволяющей интегрировать все виды помощи и обеспечить ее высокую эффективность.

При этом необходимо отметить, что полноценный реабилитационный процесс не может и не должен замыкаться исключительно в сфере медицинской и социальной государственной помощи.

Медико-социальная реабилитация — комплексная программа, нацеленная на выведение человека из состояния неспособности (и позиции «мне все должны») в состояние «вертикализации», нормального социального функционирования (в позицию «я могу»).

Для решения этой задачи важно соблюдать поэтапность в проведении медико-социальной реабилитации, которая должна последовательно-параллельно проходить несколько уровней.

Понятие реабилитационного процесса предполагает проведение комплекса

мероприятий, касающихся как непосредственно самого инвалида и его семьи, так и членов трудового коллектива, в котором он будет работать, персонала реабилитационных и медицинских учреждений, организации «безбарьерной среды обитания», бытовых услуг и образовательного процесса.

Основными принципами реабилитационного процесса являются непрерывность, комплексность и рациональность.

Непрерывность реабилитационного процесса предполагает постоянное проведение реабилитационных мероприятий в стационаре, на дому или на рабочем месте, что возможно только при наличии четко спланированной индивидуально подобранной, технически подготовленной индивидуальной программы реабилитации инвалида. Четкая организация реабилитационных мероприятий, преемственность последующего мероприятия предыдущему позволит человеку с ограниченными возможностями избежать стрессовых реакций при переходе из реабилитационного учреждения в семью, из семейной среды в среду трудового коллектива, из состояния дезадаптации к полноценной жизни в семье и обществе. Именно принцип непрерывности позволяет понять, что реабилитация не может быть эпизодической – «это обычная жизнь ... в необычных условиях».

Комплексность является важнейшей составляющей реабилитационного процесса. Это понятие объединяет в себе весь спектр реабилитационных услуг и объединяет несколько направлений реабилитационного процесса: медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию инвалидов.

Программа общественного участия в медико-социальной реабилитации должна опираться на правильное выстраивание всех форм реабилитации, составление единого маршрутизатора движения по различным формам. Общественная структура может взять на себя задачу организации этого процесса.

Включение в региональную систему реабилитации инвалидов и участие общественных организаций в реабилитационных технологиях поддержки инвалидов имеет широкий спектр возможностей. Так как эта система реабилитации неоднородна, пациентские организации в зависимости от своих ресурсов могут выбирать, в каких формах реабилитации они будут участвовать.

Уровни проведения реабилитационного процесса предполагают работу с различными категориями реабилитируемых: а) внутрисемейная реабилитация – индивидуально с самим инвалидом, членами семьи инвалида (отдельно супружеская часть реабилитации), детьми инвалидов; б) реабилитация в трудовых коллективах, во внесемейном окружении инвалида.

На основании собственного опыта мы считаем возможным выделить следующие уровни, этапы и формы реабилитационного процесса:

- 1 этап — изменение сознания и отношения к себе в новых условиях (психо-социальная реабилитация — сквозной процесс, сопровождающий все уровни работы с человеком).
- 2 этап — поддержка состояния здоровья и восстановление по возможности нарушенных функций (социально-медицинская реабилитация).
- 3 этап — получение навыков бытовой жизни в новых условиях (социально-бытовая реабилитация).
- 4 этап — предоставление инвентаря для борьбы за себя, отстаивания своих прав в обществе (правовая поддержка и реабилитация).

- 5 этап — получение навыков социальной деятельности (социально-профессиональное ориентирование, выход на предпрофессиональные навыки).
- 6 этап — профессиональная реабилитация.

Социально-медицинская реабилитация (далее СМР) — это процесс достижения восстановления функций, нарушенных вследствие заболевания или травмы, физического, психического потенциала инвалида.

СМР состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования (N181-ФЗ 24.11.95). Она включает в себя оказание всех видов медицинских услуг за исключением оперативных вмешательств и терапии острых и угрожаемых состояний.

Безусловно, СМР как разновидность реабилитационного процесса, включающего в себя терапевтические воздействия, имеет место в учреждениях органов здравоохранения. Но, при внимательном изучении вопроса, очевидно, что в лицензии медицинского учреждения отсутствует пункт «реабилитация». Это означает фактически, что из всех видов медицинской помощи, оказываемой в медицинских центрах, больницах и поликлиниках максимально близко к реабилитационным услугам стоит «восстановительное лечение». Кроме того, СМР может производиться только в учреждениях социальной защиты населения, реабилитационных центрах и только для людей, имеющих группу инвалидности (хотя существует группа «часто и длительно болеющих людей» - людей временно не имеющих инвалидности, которая рассматривается как группа компетенции учреждений социальной защиты).

Участие общественности в медицинском блоке реабилитации осложнено тем, что на сегодняшний день медицинская реабилитация представляет собой довольно серьезное сращивание самой по себе реабилитации как технологии социальной адаптации человека к обществу с ранним восстановительным лечением. Раннее восстановительное лечение — чисто медицинская процедура, поэтому вмешательство в эту сферу общественности неэтично.

Единственная возможность общественным организациям участвовать в медицинской реабилитации — контроль соответствия перечня оказываемых медицинских услуг стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам ведения пациентов, а также анализ удовлетворенности пациентов условиями оказания медицинской помощи, оценка персонала и т. д. Это направление работы возможно через систему общественного контроля в сфере здравоохранения.

Сегодня это направление включения общественности является самым освоенным из всех. Общественные советы при Территориальных органах Росздравнадзора и органах управления здравоохранением фактически выполняют эту контролирующую функцию через включение в мониторинг качества оказания медицинских услуг. Общественные советы становятся самой развитой из общественных переговорных площадок с властью.

В рамках общественного контроля контроль работы фондов обязательного медицинского страхования — одна из задач общественных советов (отвечающая Указу Президента по повышению эффективности компаний, оказывающих страховые медицинские услуги).

Таким образом, в сфере медицинской реабилитации общественные организации сегодня проявляют себя наиболее активно в ходе осуществления контрольных функций.

Психо-социальная реабилитация предполагает работу психологов индивидуально с человеком с ограниченными возможностями, членами его семьи, супругами, детьми, сослуживцами, обеспечение психологической совместимости между инвалидом и окружающей его социальной средой.

Психосоциальная реабилитация направлена на вывод человека из состояния «я немог, мне все должны». Эта реабилитация идет на протяжении всего процесса работы с человеком.

Мероприятия по психо-социальной реабилитации включают:

- психологическое консультирование, психодиагностику и обследование личности инвалида, психологическую коррекцию, психотерапевтическую помощь, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологические тренинги, привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения, экстренную - по телефону - психологическую и медико-психологическую помощь;
- обучение общению; социальной независимости; навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом;
- оказание помощи в решении личных проблем;
- социально-психологический патронаж семьи.

В настоящее время в рамках государственной системы ресурсов на это направление реабилитации «провисает», по штатному расписанию в социальных и медицинских учреждениях психологи положены, но их недостаточно, не хватает обученных психологов.

Именно здесь у общественности — большой ресурс для работы, ибо взаимопомощь может существенно обогатить ресурсы профессиональной психологической помощи.

Социально-бытовая реабилитация — это восстановление способности инвалида к социальному функционированию. Социально-бытовая реабилитация направлена на получение физических кондиций — это обучение человека навыкам жизни с его проблемами. Это направление предполагает, в основном, оказание комплекса бытовых услуг, необходимых людям с ограниченными возможностями здоровья, обучение навыкам самообслуживания, пользования техническими средствами реабилитации, а также действия, создающие возможность пользования инвалидом жилыми, нежилыми и административными помещениями, улицами, общественным транспортом в контексте концепции «безбарьерной среды» и др.

Таким образом, социально-бытовая реабилитация осуществляется через проведение социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации (N181-ФЗ 24.11.95). Она включает в себя комплекс бытовых услуг, своевременное обеспечение техническими средствами реабилитации и гигиены, другими видами социальной помощи, физические, спортивные, пальчиковые и проч. тренинги, социальные выплаты и т. д.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации:

- информирование и консультирование инвалида и его семьи;
- «адаптационное» обучение инвалида и его семьи;
- обучение инвалида персональному уходу (самообслуживанию); персональной сохранности; овладению социальными навыками;
- обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации и обучение пользованию ими;
- адаптацию жилья инвалида к его потребностям.

Результатом СБР инвалида является восстановление или приобретение им навыка самообслуживания в специальных тренировочных жилых модулях, оснащенных техническими средствами реабилитации, а также процесс социализации реабилитируемого.

В идеале мероприятия по СБР должны осуществляться в реабилитационных учреждениях в соответствующих отделениях и кабинетах.

В России федеральных стандартов социально-бытовой реабилитации на сегодняшний день нет. Те немногие стандарты, которые были созданы в регионах, не являются единой системой и не соответствуют какому-то одному плану или методике.

Региональные стандарты социальной реабилитации, появляющиеся в отдельных субъектах РФ, нужно изучать. Появились рекомендации по участию пациентских организаций в аукционах на оказание социально-реабилитационной помощи инвалидам по какому-либо виду обслуживания инвалидов, и в некоторых регионах уже есть опыт проведения таких аукционов. Нужно активизировать территориальные Общественные советы при региональных управлениях социальной защиты, которые бы контролировали исполнение этих стандартов.

В условиях ограниченности ресурсов государства в организации социально-бытовой реабилитации возрастает роль общественности.

Виды участия общественных пациентских организаций в социально-бытовой реабилитации:

- контроль за исполнением региональных стандартов через общественные советы при органах власти;
- непосредственное участие НКО в оказании социальной помощи инвалидам (через участие в аукционах и др.);
- участие в организации досуга (часть бытовой реабилитации);
- участие в материально-технической реабилитации (помощь через спонсоров).

Юридическая неграмотность инвалидов и лиц, их представляющих, а также людей, обеспечивающих реабилитационный процесс, отсутствие эффективно работающих законов, касающихся комплексной реабилитации граждан с ограниченными возможностями, неопределенность нормативной документации по организации реабилитационных учреждений требует выделить в отдельное направление гражданско-правовые аспекты реабилитационного процесса.

Гражданско-правовая поддержка (правовая реабилитация) — уровень реабилитационного процесса, по своему характеру стоящий в стороне от других форм реабилитации. Правовая поддержка нацелена на обеспечение пациентов необходимой информацией, позволяющей самостоятельно отслеживать соблюдение их прав на всех уровнях взаимодействия с социумом.

Гражданско-правовой реабилитации, как и другим реабилитационным направлениям, соответствуют определенные реабилитационные технологии и инструментарий.

Основным юридическим документом, на который в первую очередь обращается внимание юристом-консультантом в процессе реабилитации инвалида, является перечень льгот, предоставляемых инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, в соответствии с Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Гражданско-правовая поддержка предполагает не только пассивное овладение знаниями инвалидов о своих правах и льготах, но и предоставление активных механизмов достижения законности по вопросам реабилитации инвалидов. Кроме того, общественные организации и другие объединения инвалидов могут самостоятельно включаться в законотворческий процесс, отстаивая конституционные права своих членов.

Объекты правовой поддержки — (1) общественные организации инвалидов как юридические лица, (2) сами инвалиды как лица физические.

Каналы правовой поддержки. Задача общественной организации — предусмотреть разные «пулы» донесения информации:

- пул информации, которая публикуется на сайте,
- пул информации, которая доводится в письменном печатном виде (брошюры, листовки),
- информация, поступающая в ходе живого общения (семинары, школы, общественные обсуждения) и в дистанционном общении («горячая линия», вебинары, телеконференции).

Организация правовой поддержки. Для осуществления правовой поддержки в общественной организации должен быть налажен процесс:

- сбора правовой информации;
- ее адаптации (часто нужно получить дополнительные разъяснения, как из источников СМИ, так и от юристов, из проведения переговоров или записи разговоров с представителями субъектов права);
- ее канализации, рассредоточения информации (распределения по вышеописанным трем каналам);
- анализ правовой информации и регистрация недоработок или правовых пробелов — отдельно стоящий вид деятельности, который предполагает выход на рекомендации по восполнению недостающих правовых участков какими-то собственными инициативами или другими правовыми актами, дополненными или адаптированными к реалиям.

В идеале, в общественной пациентской организации должна быть группа людей, организующих правовую поддержку (2-3 чел.), которая занимается всем этим процессом.

Продолжение социально-бытовой реабилитации — выход в трудовую реабилитацию. Этого в России нигде практически нет.

Профессиональная реабилитация инвалидов – это комплекс мер, направленных на восстановление профессиональных навыков, утраченных частично или полностью, на выбор инвалидом профессии в соответствии с показанными и противопоказанными условиями труда (в том числе, научно организованное информирование инвалидов о профессиях в целях практической помощи в выборе профессии с учетом их склонностей, интересов и имеющихся способностей, а также спроса на разные виды профессионального труда).

Профессиональная реабилитация состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально - производственной адаптации и трудоустройства (N181-ФЗ 24.11.95).

Профессиональная реабилитация (ПР) – единственное направление в реабилитационном процессе, имеющее инвестиционную составляющую (работающий инвалид не только увеличивает возможности материального самообеспечения, но и производит определенные виды продукции услуг в интересах общества).

Исторически профессиональная реабилитация лиц с ограниченными возможностями осуществлялась в центрах профессиональной реабилитации инвалидов. Однако подобные центры не решают первоначальной проблемы – психологической коррекции личного статуса инвалида с целью формирования его трудовой нацеленности. Данные центры лишь частично или вовсе не решают проблему получения инвалидом трудовых навыков и опыта работы, что является одним из необходимых условий для конкурентоспособности на современном рынке труда.

Профессиональная реабилитация подразумевает изучение вопросов профпригодности, профдиагностики, профобразования, обучения или переобучения инвалидов, восстановление или овладение навыками профессиональных действий, поиск или организацию рабочих мест (в том числе организация предприятий инвалидов).

Начинается трудовая реабилитация с помощи по профдиагностике и профориентации. Начинает этот процесс именно система социальной поддержки — это базовая опора, на которой живет инвалид.

Наши исследования позволяют нам считать, что среди основных принципов реализации системы профессиональной реабилитации инвалидов наиболее важными можно считать следующие:

- комплексность (профессиональная реабилитация должна включать в себя профориентацию, профессиональное обучение, адаптацию, рациональное трудоустройство, психологическую коррекцию, юридическую помощь);
- последовательность и непрерывность (мероприятия по профессиональной реабилитации, осуществляясь различными ведомствами и организациями, не должны носить прерывистый характер, они должны начинаться с психологической диагностики и заканчиваться рациональным трудоустройством инвалида);
- привлечение общественных объединений инвалидов к решению проблем профессиональной реабилитации;
- приоритетность направлений психологической коррекции личностного статуса инвалида, профессиональной ориентации и профессионального консультирования.

На данном направлении реабилитационного процесса должны решаться следующие вопросы, направленные на максимальную интеграцию или

реинтеграцию инвалида в общество:

1. Проведение экспертизы профессиональной пригодности, а при отсутствии профессии – профессиональная ориентация.
2. Профессиональный подбор новой профессии, профессиональная адаптация к подобранной профессии.
3. Тренировка профессионально значимых функций реабилитируемого с помощью различных физических средств (в том числе, с использованием целенаправленной трудотерапии на конкретном рабочем месте или стендовых моделей трудовых процессов).
4. Консультирование и оказание помощи в медико-социальных и психологических аспектах в целях адаптации инвалида к новому состоянию, выработки установок к активной социально-трудовой реабилитации и сотрудничеству со специалистами-реабилитологами.
5. Подготовка к самообслуживанию: развитие навыков передвижения, приготовления и приема пищи, одевания и раздевания, общения, пользования санузлом, предметами быта (телефон, телевизор, форточка, окна, дверь и др.), письменными принадлежностями, коляской и т.д.
6. Консультация и оказание помощи в вопросах профессиональной реабилитации и восстановления профессиональной престижности с учетом предыдущей деятельности.

Выдача рекомендаций и оказание услуг в медико-социальных, бытовых, психологических аспектах, связанных с приобщением реабилитируемого к трудовой деятельности, для обеспечения его нормального существования при ограниченных возможностях необходима для участия инвалида в трудовой деятельности.

Реализация мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов должна проводиться специализированной службой, в состав которой обязательно должны входить следующие специалисты: руководитель реабилитационного учреждения, психолог, юрист, консультант по профессиональной реабилитации инвалидов, специалист по профессиональной ориентации инвалидов, специалист по физиологии труда, специалист по эргономике.

В соответствии с указанными принципами считаем целесообразным рекомендовать следующий порядок профессиональной реабилитации.

1 этап. Служба медико-социальной экспертизы

Инвалид, не достигший пенсионного возраста и не имеющий места работы, должен пройти этап психологической диагностики, осуществляемый психологом, входящим в состав бюро медико-социальной экспертизы.

Основной задачей психологов службы медико-социальной экспертизы должно явиться осуществление психодиагностического процесса. В то же время в ходе психодиагностического обследования требуется оказание психокоррекционного воздействия с целью уменьшения дезадаптации больного, предупреждения конфликтных ситуаций, создания положительной установки на реализацию индивидуальной программы реабилитации инвалида в целом. Также психологам службы медико-социальной экспертизы целесообразно проводить ежемесячное проинформирование инвалидов (по специальному графику на их рабочем месте).

С целью профессиональной ориентации и психологической коррекции личностного статуса инвалидов после заключения службы медико-социальной экспертизы целесообразно их направление в органы управления образованием. После проведения указанных мероприятий и достижения инвалидом адекватной

самооценки возможно его дальнейшее направление в учреждения профессионального образования.

В случае выявления трудовой направленности пациента, его высокой самооценки и социальной активности, а также при наличии соответствующего социального образования необходимость психокоррекции отсутствует, требуется только составление грамотной трудовой рекомендации реабилитологом бюро медико-социальной экспертизы и направление инвалида в службу занятости населения для постановки на учет и адекватного трудоустройства.

Если же в ходе психологической диагностики выявлена необходимость в проведении длительных психокоррекционных мероприятий и профессиональной ориентации, а также учитывая отсутствие в системе городских и районных отделениях службы занятости населения профессиональных психологов, возникает необходимость создания нового звена системы профессиональной реабилитации – центра психологической коррекции и профориентации инвалидов.

2 этап. Центр психологической коррекции и профориентации инвалидов

Указанный центр должен выполнять следующие функции:

- Осуществление психологической поддержки и коррекции инвалидов на основе проведенной службой медико-социальной экспертизы психологической диагностики негативных установок и неадекватных профессиональных выборов, создание общей положительной атмосферы проведения профориентационных процедур. При этом трудовая рекомендация, разработанная специалистами службы медико-социальной экспертизы, может быть расширена и детализирована с учетом проведенных в центре исследований и профподбора.
- Осуществление профессиональной ориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья, профессиональной психодиагностики и профессионального консультирования, в том числе прием инвалидов, окончивших учреждения образования или направленных муниципальными органами управления образованием, в ходе работы с которыми не удалось достигнуть эффективности проводимых психокоррекционных и профориентационных мероприятий. При этом в отношении лиц, получивших инвалидность на длительный срок в раннем детстве, следует употреблять термин «профессиональная реабилитация», то есть приобретение должностных в соответствии с возрастом человека функций. После проведения данного этапа при достижении адекватной самооценки инвалида и определения перечня, приоритетных для него профессий возможно направление не имеющих профессии инвалидов в учреждения начального профессионального, среднего профессионального и высшего образования или на курсы профессиональной переподготовки.
- Взаимодействие с департаментами, ведомствами и организациями различных форм собственности по вопросам организации профессионального обучения инвалидов, получения ими профессиональных навыков, приобретения опыта работы и их трудоустройства. Начальное профессиональное обучение (краткий курс или переподготовка) может осуществляться в соответствии с взаимными договорами на различных базах – учреждения образования, центры независимой жизни инвалидов (создаваемые общественными объединениями), учебные комбинаты предприятий, учебные мастерские

на базе бизнес-организаций или общественных организаций инвалидов. Вариант с участием общественных объединений инвалидов предпочтителен в плане того, что в данном случае инвалид будет иметь перед глазами пример успешной профессиональной деятельности и высокой самооценки других инвалидов, то есть будет реализовываться принцип «делай как я». В итоге инвалид приобретает опыт работы, что является одним из решающих факторов конкурентоспособности на рынке труда.

- Вариант получения начального профессионального образования на базе учебных мастерских и учебных комбинатов привлекателен в плане контроля со стороны возможного работодателя и непосредственной оценки им трудовых качеств инвалидов, что важно для перспективы дальнейшего трудоустройства. После данного этапа также возможно дальнейшее профессиональное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья.
- Деятельность совместно с другими организациями по формированию и предоставлению лицам с ограниченными возможностями здоровья информации о возможностях профессиональной реабилитации, получению инвалидом максимума сведений о рынке профессий, их содержании, требованиях, предъявляемых ими к человеку, путях и условиях профессиональной подготовки с учетом реальных возможностей последующего трудоустройства. Указанное создает предпосылки для осознанного выбора инвалидом сферы деятельности, профессии и образа жизни.
- Эта цель может достигаться за счет информационного оформления пространства, где проводится профориентационная работа (стенды, наглядные пособия, видеофильмы), выпуска соответствующих печатных изданий (с перечислением имеющихся профессий и вакансий), функционирования информационных структур общественных объединений инвалидов и др. При этом важно, чтобы профинформация, которая доводится до сведения инвалида, давалась с учетом медицинских ограничений и рекомендаций.
- Взаимодействие со средствами массовой информации с целью освещения в обществе проблем лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе пропаганда труда инвалидов, изменение предвзятого отношения к труду инвалидов общества в целом и работодателей в частности.
- Контроль за процессом профессиональной реабилитации и сбор сведений о ходе ее проведения на всех ее этапах, анализ указанных данных и их предоставление в департаменты социальной защиты населения, осуществление методических разработок.

3 этап. Государственная служба занятости

Работа государственной службы занятости в сфере трудоустройства и профконсультирования должна осуществляться в соответствии с имеющейся у инвалида индивидуальной программой реабилитации и рекомендациями (в случае их наличия) центра психологической коррекции и профориентации инвалидов.

В случае невозможности предоставления лицу с ограниченными возможностями здоровья окончательного рабочего места наиболее перспективной в плане последующего трудоустройства представляется работа по специальной

программе активной политики занятости («Организация трудоустройства безработных граждан, особо нуждающихся в социальной защите»).

Ее суть состоит в следующем: Центры занятости населения заключают с работодателем договоры, на основании которых ими выделяются средства для частичной компенсации расходов работодателя по заработной плате инвалида.

При этом работодатель до истечения срока контракта может, не неся серьезных затрат и даже получая материальную выгоду, оценить способности работающего инвалида и, в случае удовлетворения его квалификацией и трудовыми навыками, оставить его на рабочем месте после истечения срочного трудового договора.

В то же время даже в случае последовавшего после истечения срока контракта увольнения, инвалид, вновь встав на учет в службу занятости, значительно повысит свой социальный статус, свою конкурентоспособность на рынке труда, приобретя необходимый опыт работы и реально оценив свой трудовой потенциал.

В этом случае целесообразно использовать систему профессионально-личностных характеристик-рекомендаций с последнего места работы.

Необходимо отметить особую роль общественных объединений инвалидов в реализации данной концепции. В силу высокой мотивации данной деятельности, связанной непосредственно с уставными задачами этих организаций, широкому применению добровольного безвозмездного труда и предоставляемых для данных объединений федеральным и местным законодательством льгот по налогообложению, их участие в реализации концепции профессиональной реабилитации инвалидов может значительно повысить эффективность реализуемых мероприятий и снизить их затратную стоимость. С другой стороны, непосредственное участие в реализации единой скоординированной программы повысит их статус и желание активно участвовать в жизни общества, а увеличение количества квалифицированных специалистов среди членов организаций увеличит их возможности и желание развивать предпринимательскую деятельность, создавать дополнительные рабочие места для этих людей в различных сферах производства и услуг.

Кроме того, следует учесть, что в силу тех же уставных задач развиваемые данными организациями различного рода услуги для социально незащищенных граждан будут предоставляться по сниженным ценам, что, в свою очередь, будет способствовать снижению затрат на эти цели.

Оценку реализации эффективности профессиональной реабилитации инвалидов можно провести по следующим показателям:

- количество инвалидов, прошедших курсы в центре психологической коррекции и профориентации, центрах независимой жизни общественных организаций инвалидов;
- количество обратившихся в службу занятости населения;
- количество рационально трудоустроившихся;
- процент трудоустроенных инвалидов при прохождении освидетельствования в службе медико-социальной экспертизы и после прохождения курсов в центре психологической коррекции и профориентации;
- количество прошедших практику в производственных мастерских;
- снижение количества граждан, нуждающихся в финансовой поддержке со стороны государства;

- количество финансовых средств, полученных в виде налогов с работающих инвалидов;
- другие.

Возможности участия пациентской общественности в профессиональной реабилитации широки ввиду дефицита государственной помощи в данном вопросе. НКО могут сопровождать человека везде:

- Участие в образовательном процессе — помощь в переобучении и освоении новых видов деятельности. НКО могут выступать переговорщиками с профильными организациями по обеспечению образовательной деятельности для этой социальной группы.
- Участие в создании рабочих мест: НКО могут сами создавать рабочие места (а) надомные, (б) требовать рабочие места у третьих лиц, работодателей, (в) создавать рабочие места, организуя собственные учреждения инвалидов. До 2002 г. в стране были распространены учреждения инвалидов (Общества глухих, слепых и др.), однако после изменений в законодательстве эта система была разрушена. Сегодня задача — вновь возобновить эту деятельность, чтобы эти учреждения имели некие налоговые льготы. Участие в грантовых проектах — хорошая возможность для НКО предоставить рабочие места для своего контингента инвалидов¹.
- Участие в поиске работы и во взаимодействии с работодателем, в переоборудовании рабочего места.
Сегодня снова встал вопрос, чтобы дать возможность людям с ограниченными возможностями быть интегрированными в трудовые коллективы. Сейчас работодателю вводятся квоты по рабочим местам для инвалидов. НКО могут получать эту информацию о реальной занятости этих рабочих мест у работодателей и продвигать туда инвалидов — быть поставщиком рабочей силы и содействовать занятости людей с ограниченными возможностями.
- Правовая помощь относительно поведения на рынке труда.
- Взаимодействие с региональными центрами занятости населения. Центры занятости должны быть включены в этот процесс трудовой реабилитации. Но количество приходящих туда людей ничтожно мало. В основном, списки инвалидов находятся в профильных НКО, которые могут, в том числе через занятость трудоустройства инвалидов. Все перечисленные направления реабилитации представлены в схеме 2. Указанное понимание реабилитационного процесса, виды и методики проведения реабилитационных мероприятий, применение новых реабилитационных технологий должны проецироваться на определенную реабилитационную базу, имеющую площади, оборудование, специалистов, четко очерченный статус, чему, на наш взгляд, в наибольшей степени соответствуют реабилитационные центры. Их развитие во многом зависит от возможностей субъекта Федерации или органов местного самоуправления.

¹ В самарском Семейном центре, созданном пациентскими организациями инвалидов, больных рассеянным склерозом, работают имеющие инвалидность; также к выполнению грантов привлекается дополнительно 50% от численности постоянного персонала НКО.

Указанное понимание реабилитационного процесса, виды и методики проведения реабилитационных мероприятий, применение новых реабилитационных технологий должны проецироваться на определенную реабилитационную базу, имеющую площади, оборудование, специалистов, четко очерченный статус, чему, на наш взгляд, в наибольшей степени соответствуют реабилитационные центры. Их развитие во многом зависит от возможностей субъекта Федерации или органов местного самоуправления.

1.2.2. Общественный контроль как средство оптимизации системы реабилитации за счет вовлечения общественных ресурсов

Одним из важных вопросов, который широко обсуждается в пациентском и профессиональном сообществе, является вопрос оценки эффективности применения реабилитации. Это вопрос общественного контроля.

Сегодня основной формой общественного участия, предлагаемого государством российскому обществу, является гражданский или общественный контроль. Для того чтобы быть эффективными, НКО должны понимать суть этого способа общественно-государственного взаимодействия.

Проблема *гражданского контроля* сегодня является одной из наиболее сложных тем, обсуждаемых гражданским обществом, политиками, властными структурами и представителями бизнес-сообщества.

Попытка власти представить понятие «Гражданский контроль» как часть глоссария создаваемой Государством «Антикоррупционной Системы» не находит полного понимания у широкой общественности. Невольно возникает ощущение некой иррациональности: Власть вместо того, чтобы ввести неотвратимость наказания для виновных и контролировать систему здравоохранения посредством расширения полномочий имеющегося обширного инструментария – от Прокуратуры и счетной Палаты до Росздравнадзора и МВД – прикладывает усилия для формирования «Системы Гражданского Контроля», основой которого являются непрофессионалы, случайные люди, объединенные по стечению обстоятельств общими проблемами, ценность которых заключается только в том, что эти «свои проблемы» они знают «изнутри».

Действительно, начиная с 2008 года, обозначаемая Властными структурами заинтересованность в участии представителей Гражданского Общества в обсуждении принятых чиновниками решений развивается в экспоненциальной прогрессии: Президент РФ, его Полномочные Представители в округах, парламентарии, Правительство РФ, министерства и ведомства федерального, а затем регионального уровней – все объявили в том или ином виде о создании каких-либо общественных площадок при своей структуре.

Чаще всего такие «площадки» назывались «советами» и несли со стороны общественности информационно-представительскую функцию, что при реальной деятельности таких «советов» приносило значительную пользу органу власти, при котором этот Совет действовал.

Сами чиновники также научились грамотно использовать возможность Советов, пытаясь с одной стороны манипулировать общественным мнением, а с другой привлекать членов Советов в качестве общественных экспертов, что в ряде случаев повысило качество принимаемых ведомствами решений и позволило Власти начать возвращать доверие граждан.

По какой-то причине, именно работа переговорных площадок при властных структурах легла в основу разрабатываемого Общественной Палатой РФ текста законопроекта «Об общественном контроле», частным случаем которого является Гражданский Контроль в сфере здравоохранения.

Сама идея ужесточения контроля в сфере здравоохранения продиктована недовольством граждан (более 60% населения) существующей системой оказания медицинской услуги, низким качеством медицинской помощи, нехваткой квалифицированных кадров в здравоохранении (дефицит кадров в госпитальном звене оценивается до 20%, в амбулаторном – до 35%), ветхостью оборудования больниц (особенно в сельской местности), недоверием врачей и пациентов к

качеству многих лекарственных средств.

Усугубляют ситуацию периодические скандалы вокруг коррупции в сфере здравоохранения, иски граждан по поводу ненадлежащего исполнения своих обязанностей специалистами, а также противоречия функционала медицинских работников с приказами органов управления здравоохранением на местах.

Учитывая сложившуюся непростую ситуацию в отрасли, а также значительный рост активности пациентских организаций и представителей медицинского сообщества, вполне логичным выглядят два важных вывода: во-первых, существующие органы контроля здравоохранения недостаточно эффективны и их надо усиливать; во-вторых, необходимым развить и узаконить дополнительную общественную форму контроля (в том числе в сфере здравоохранения), подчинив его определенным общим правилам и установкам с приданием ему статуса «регулируемого Государством инструмента контроля исполнения федеральных и региональных правовых актов».

За рубежом сектор негосударственных организаций (НГО) гораздо больше развит, чем в России и имеет значительный вес в социальной политике государства. НГО, занимающиеся проблемами «общественного здоровья» и социальной помощи гражданам, имеющим проблемы со здоровьем стоят на первом месте среди общественных организаций и составляют от 36% в Европейских странах до 28% в США от общего числа НГО. Совокупные активы «здравоохранительных» НГО в США составляет примерно 213 млрд долларов, а привлеченные государственные средства в виде грантов – чуть больше 6,8 млрд долларов (данные на 2011 год), из которых более 40% приходится «общественное здоровье как помощь гражданам, имеющим проблемы со здоровьем».

Западные государства достаточно четко определили место организованной общественности в структуре общества: «здравоохранные» НГО считаются не только важной политико-экономической частью общественного устройства, но и носителем базовых принципов терпимости к людям, которые «не такие как все».

Идеология «равенства свобод и равенства возможностей» для граждан с различными ограничениями физических возможностей является важнейшей директивной частью внутренней политики развитых стран.

НГО, занимающиеся поддержкой социально незащищенных групп населения в развитых западных странах, часто финансируются за счет различных государственных программ, имеют привилегии в размещении своих материалов в СМИ, а также поддерживаются административно, например, введением системы разнообразных льгот и поощрений как для самих НГО так и для бизнес-компаний, которые занимаются пожертвованиями на деятельность этих НГО.

Кроме того, сами органы власти являются в большинстве случаев заявителями проведения благотворительных аукционов, лотерей, массовых спортивных мероприятий, действуя в интересах НГО, формируя свои мероприятия с учетом возможностей привлечения внимания бизнес-сообщества и простых граждан к проблемам тех или иных нуждающихся групп населения.

Гражданский контроль в этих странах сводится к исполнению НГО своей уставной деятельности, т.е. наиболее полному охвату обозначенной категории граждан и обеспечению их максимальным перечнем услуг и контролем за правильным и качественным предоставлением услуг данной категории людей третьими лицами и организациями, а также получение обратной связи и оценки от лица-реципиента данной услуги относительно ее полноты и качества исполнения.

Подобные организации внесены в специальный регистр НГО, причем представленность одной социальной проблемы несколькими «однопрофильными»

НГО не приветствуется, а в некоторых странах, например в Великобритании, Государственные структуры сами учреждают профильные НГО (например, по защите прав пациентов больных рассеянным склерозом), назначают директора, готовят функционал сотрудников, передают в НГО ресурсы. В итоге, все проблемы группы пациентов или инвалидов органы власти адресуют в профильную НГО, деятельности которой доверяют. В этом случае НГО может выполнять в том числе и некоторую контрольную функцию в рамках своего Устава. Подобного рода общественно-государственное устройство приводит к тому, что практически все решения, касающиеся судьбы тех или иных категорий граждан принимаются органами Государственной Власти с участием представляющих НГО на переговорных площадках. В подготовке решений Власти с Гражданским обществом участвуют как правило и представители бизнес-сообщества. Законотворческие инициативы же в обязательном порядке проходят через «сито общественного мнения» с проведением целого ряда длительных заседаний согласительных комиссий, после чего, если все стороны удовлетворены, законопроекты (а в ряде стран подобные процедуры касаются и некоторых распоряжений Правительства) представляются в Парламентах.

В России Гражданское общество молодое и развивается как и положено молодому социальному организму не вполне гармонично. На смену акцентированного развития общественных научных организаций и общественных организаций инвалидов, больше характерных для времен СССР и России образца до 2000 года, пришли организации медицинских работников и профильные объединения пациентов, имеющие более узкий охват целевых групп граждан, но значительно более высокую степень проработки программы защиты прав своих подопечных. Для придания большего веса своим инициативам «медицинские общественные организации» эволюционировали в Медицинскую Палату России, а общества пациентов – во Всероссийский Союз Пациентов (ВСП).

Вошла в ВСП и Общероссийская общественная организация инвалидов – больных рассеянным склерозом. И сегодня задача ООИБРС в ВСП – представлять опыт организаций и структур ООИБРС, распространить опыт ВСП в организации ООИБРС и среди наших партнеров.

Именно ВСП явилось инициатором темы гражданского контроля (ГК) в сфере здравоохранения, предложив свою рабочую модель ГК Министерству Здравоохранения РФ в 2011 году. Кстати, упомянутая модель ГК в сфере здравоохранения к тому времени уже насчитывала 5 лет и была опробована Общероссийской общественной организацией инвалидов больных рассеянным склерозом в 68 регионах РФ именно на проблеме обеспечения пациентов, страдающих рассеянным склерозом дорогостоящими лекарственными препаратами. Результаты оказались оптимистическими: организовано ведение регистров больных, выросло количество рано-диагностируемых пациентов в 2,3 раза, увеличилось количество пациентов, получающих профильную терапию почти в 3,8 раза, улучшилось оснащение клиник, появились специализированные школы для пациентов, неврологов и сестринского персонала – до 1000 обучаемых в год, сократился срок запаздывания обеспечения препаратами с 3 месяцев до нуля, сократился лист ожидания терапии более, чем в 5 раз (в 1500 человек до примерно 270 по России), в несколько раз уменьшились товарные остатки на конец года, со стороны пациентов повысилась приверженность терапии с 52% до 87-96%. При этом основными инструментами общественников, которые назывались «Уполномоченные общественные эксперты (УОЭ)» являлись: базовое Соглашение профильной общественной организации с Федеральной Службой по надзору в

сфере здравоохранения РФ (Росздравнадзором) о предоставлении общественным экспертам затребованной ими у органов здравоохранения, складов, аптек и больниц информации по профилю деятельности УОЭ и переговорные площадки, которыми явились Советы по защите прав пациентов при территориальных органах Росздравнадзора (опять-таки инициатива ВСП).

Фактически прототип системы ГК в сфере здравоохранения был опробован во всероссийском масштабе самим пациентским сообществом ВСП и предложен в качестве рабочей модели органам Власти. Власть, помимо более ранних заверений о всесторонней поддержке развития гражданских институтов и организации Общественной Палаты, отреагировала созданием многочисленных Советов при исполнительных органах, озаботилась повышением контроля и ужесточением мер пресечения в сфере здравоохранения, внесла целый ряд совместных с ВСП предложений по правкам в новые Федеральные Законы 61 и 323, стала активно привлекать членов пациентских организаций к законотворческой и экспертно-консультативной деятельности. Апофеозом про-гражданской активности властей можно считать попытку выработки законопроекта «Об общественном (гражданском) контроле в Российской Федерации», над которым сейчас трудится ряд общественных деятелей и Общественная Палата РФ.

То есть можно констатировать, что в настоящее время все составные части ГК в России присутствуют – активные НГО, Советы при исполнительных органах Власти, общественные координаторные органы в лице Общественной Палаты, некоторое количество финансовых средств - почти 1,5 млрд. рублей, выделяемых Правительством РФ и раздаваемых в виде грантов общественным организациям на поддержку социальных проектов, имеется политическая воля и гражданская инициатива.

Активность ВСП по принятию мер ГК в регионах РФ продиктована в большей мере вступлением в силу статьи 101 ФЗ-323, декларирующим с 2014 года передачу полномочий по осуществлению закупок дорогостоящих препаратов от федерального центра в территориальные органы управления здравоохранением. В течение всего 2013 года ВСП вело обстоятельные переговоры во всех органах власти о переносе даты вступления этой правовой нормы на 2018 год, т.к. не считает Субъекты РФ готовыми к выполнению данной нормы закона, что в частности продемонстрировало провальное во многих регионах обеспечение специфическими препаратами больных СПИДом и туберкулезом в текущем году. Например, по данным НГО, защищающих интересы больных СПИДом, почти 35% их подопечных имели нарушения схемы лечения или не получили необходимое им лекарство, а больные туберкулезом сигнализировали о нарушении поставок противотуберкулезных препаратов в регионы с июля 2013 года.

Итак, при наличии всех элементов, составляющих ГК, а также признанной и Властью и Обществом необходимости создания ГК, не хватает только регламентирующей составляющей, расставляющей имеющиеся пазлы по своим местам и формирующей единую картину Системы Гражданского Контроля.

Такой составляющей может стать принятый в 2014 год Федеральный закон «Об общественном контроле в РФ». Но пока его концепция выглядит вполне прогрессивно.

Безусловно, представителям гражданского общества импонируют базовые принципы, заложенные разработчиком М.Федотовым в данный законопроект, таких как «самостоятельность общественных объединений, участвующих в осуществлении ГК и самостоятельность органов ГК; всеохватность и всеобщность ГК; гласность и обязательность ГК». Интересным нововведением видится постулат:

«Признание органов ГК в качестве законных представителей неопределенного круга лиц, выступающих в защиту общественных интересов». Но наделение функциями общественного контроля чрезвычайно узкого числа общественных структур – Общественных советов и Общественных палат, постановка этих структур под контроль Общественной палаты РФ, формирование их состава в подавляющем объеме по рекомендации Общественной палаты РФ, а так же другие нормы вызывают сомнение.

В настоящее время в экспертной и некоммерческой среде распространено мнение о необходимости дальнейшей доработки данного ФЗ.

В то же время, поскольку речь не идет о передаче каких-либо полномочий от государственных служб и ведомств общественникам, то, возможно, достаточно Постановления Правительства РФ, определяющего Координирующий Орган или Организацию, формирующую и поддерживающую функционирование системы ГК в сфере здравоохранения (направляется предложение ВСП во взаимодействии с ОП РФ); регламентирующего порядок взаимодействия этого Органа-Организации с субъектами права, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья независимо от формы собственности; определяющего источник финансирования и предоставляющий возможности по проведению широкого спектра общественных акций с целью популяризации системы ГК в Субъектах РФ и отдельных населенных пунктах при поддержке местных органов власти.

Конечно, пациентское сообщество, в основном в лице ВСП достаточно активно заявляло себя на протяжении последних двух-трех лет. Только на 2013 год приходится более десятка конференций и образовательных мероприятий, в том числе школ для врачей, 12 круглых столов, в том числе при территориальных органах Росздравнадзора в разных регионах РФ, 4 выездных международных мероприятия, несколько пресс-конференций по проблемам регионализации программы «Семи нозологий» и взаимозаменяемости биоаналогов, участие в рабочих совещаниях при Правительстве РФ, Министерстве Здравоохранения РФ, Росздравнадзоре, Федеральной антимонопольной службе РФ, Комитетах Государственной Думы, Комиссиях Совета Федераций, Общественной палате РФ, комитете по неправительственным организациям в ООН.

Наиболее яркими результатами активности ВСП в 2013 – 2014 годах среди множества небольших достижений можно с уверенностью считать перенос передачи федеральных полномочий по закупкам дорогостоящих препаратов на 2015 год и формирование системы общественных советов при территориальных органах управления здравоохранением: идея ВСП о расширение спектра переговорных площадок в сфере здравоохранения с Властью в Субъектах РФ было поддержано Министром Здравоохранения РФ В.И.Скворцовой (письмо в Субъекты РФ №60-0/10/2-2146 от 27.03.2013). В режиме постоянного внимания Минздрава Союзу пациентов удастся держать проблемы перечня орфанных заболеваний, ротации списка ЖНВЛП, формирования перечня по торговым наименованиям, а так же вопросы контроля качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.

Надо отметить, что ВСП активно участвует в обсуждении многих проектов нормативно-правовых актов, среди них следует отдельно выделить: поправки к федеральному закону №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; поправки к федеральному закону №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»; поправки к Постановлению Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»; поправки к Приказу МЗ РФ №1175н от 20.12.2012 года «Об

утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Обсуждение этих и многих других нормативных документов продолжается, т.к. не все предложения ВСП были учтены, а мы считаем, что формирование правовой базы в сфере здравоохранения должно проходить на основании приоритета повышения доступности и качества бесплатной медицинской помощи и соблюдения прав пациентов.

Самым большим шагом ВСП можно считать сложившиеся с Министерством Здравоохранения РФ, Росздравнадзором, представителями других ветвей федеральной власти рабочие взаимовыгодные партнерские отношения, главная цель которых сделать Россию страной качественной медицины, в которой живут люди с высоким коэффициентом здоровья.

В то же время далеко не все федеральные органы готовы на равных сотрудничать с представителями пациентского сообщества: все еще трудно доводить мнения пациентов до членов Правительства РФ, более активной позиции хотелось бы от профильного комитета Государственной Думы и Совета Федераций. Еще сложнее обстоят дела с органами власти в регионах – много формализма, недоверия, в ряде случаев прямого игнорирования рекомендаций федерального центра. Например, на предложение МЗ РФ региональным органам организации здравоохранения организовать посещение тренинга по гражданскому контролю, организованного ВСП и МЗ РФ прибыло только 43 представителя региональных общественных советов.

Начиная с 2010 г. Ежегодно проводится Всероссийский Конгресс Союза Пациентов, в 2015 г. с представительством из 60 регионов РФ, 89 стран, от 50 НГО, ВОЗ, исполнительных органов власти РФ во главе с министром В.И.Скворцовой, ОП РФ, медицинской общественности в лице Л.М.Рошаля, представители РАМН. Результатом работы Конгресса в 2015 г. стал проблемный лист, представляющий прямые обращения и предложения пациентского сообщества Власти и резолюция, основной идеей которой является призыв к Государственным органам содействовать в формировании эффективной системы ГК на федеральном и региональном уровнях.

Развернутая работа дает основания полагать, что работа ВСП позволит вывести деятельность пациентских организаций, в целом, и в плане реабилитации пациентов на новый уровень – представить запрос пациентов и наработки НКО пациентов на федеральном уровне, получить поддержку в дальнейшем развитии системы НКО.

Извлечения из Федерального закона от 21.07.2014 №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации»

Статья 3. Право граждан на участие в осуществлении общественного контроля

1. Граждане Российской Федерации (далее также - граждане) вправе участвовать в осуществлении общественного контроля как лично, так и в составе общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

2. Участие гражданина в осуществлении общественного контроля является добровольным. Никто не вправе оказывать воздействие на гражданина с целью принудить его к участию или неучастию в осуществлении общественного контроля, а также препятствовать реализации его права на участие в осуществлении общественного контроля.

3. Граждане участвуют в осуществлении общественного контроля в качестве общественных инспекторов и общественных экспертов в порядке, установленном настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами.

4. Общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации вправе участвовать в осуществлении общественного контроля в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами.

5. Общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации могут являться организаторами таких форм общественного контроля, как общественный мониторинг, общественное обсуждение, а также принимать участие в осуществлении общественного контроля в других формах, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

6. В случаях, предусмотренных федеральными законами, общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие деятельность в отдельных сферах общественных отношений, могут быть наделены указанными федеральными законами дополнительными полномочиями по осуществлению общественного контроля.

7. Особенности осуществления общественного контроля профессиональными союзами и общественными объединениями потребителей могут устанавливаться соответствующими федеральными законами.

Статья 4. Общественный контроль

1. Под общественным контролем в настоящем Федеральном законе понимается деятельность субъектов общественного контроля, осуществляемая в целях наблюдения за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, а также в целях общественной проверки, анализа и общественной оценки издаваемых ими актов и принимаемых решений.

2. Общественный контроль может осуществляться как в формах, предусмотренных настоящим Федеральным законом, так и в иных формах, предусмотренных другими федеральными законами. При этом субъекты общественного контроля могут наделяться иными правами и нести иные обязанности помимо предусмотренных настоящим Федеральным законом.

Статья 9. Субъекты общественного контроля

1. Субъектами общественного контроля являются:

1) Общественная палата Российской Федерации;

- 2) общественные палаты субъектов Российской Федерации;
- 3) общественные палаты (советы) муниципальных образований;
- 4) общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Для осуществления общественного контроля в случаях и порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации, могут создаваться:

- 1) общественные наблюдательные комиссии;
- 2) общественные инспекции;
- 3) группы общественного контроля;
- 4) иные организационные структуры общественного контроля.

Статья 10. Права и обязанности субъектов общественного контроля

1. Субъекты общественного контроля вправе:

1) осуществлять общественный контроль в формах, предусмотренных настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами;

2) выступать в качестве инициаторов, организаторов мероприятий, проводимых при осуществлении общественного контроля, а также участвовать в проводимых мероприятиях;

3) запрашивать в соответствии с законодательством Российской Федерации у органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, необходимую для осуществления общественного контроля информацию, за исключением информации, содержащей сведения, составляющие государственную тайну, сведения о персональных данных, и информации, доступ к которой ограничен федеральными законами;

4) посещать в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами, соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;

5) подготавливать по результатам осуществления общественного контроля итоговый документ и направлять его на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и в средства массовой информации;

6) в случае выявления фактов нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций направлять в соответствии с федеральным законодательством материалы, полученные в ходе осуществления общественного контроля, Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченному при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченному при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченным по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации и в органы прокуратуры;

7) обращаться в суд в защиту прав неопределенного круга лиц, прав и

законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций в случаях, предусмотренных федеральными законами;

8) пользоваться иными правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

2. Субъекты общественного контроля при его осуществлении обязаны:

1) соблюдать законодательство Российской Федерации об общественном контроле;

2) соблюдать установленные федеральными законами ограничения, связанные с деятельностью государственных органов и органов местного самоуправления;

3) не создавать препятствий законной деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия;

4) соблюдать конфиденциальность полученной в ходе осуществления общественного контроля информации, если ее распространение ограничено федеральными законами;

5) обнародовать информацию о своей деятельности по осуществлению общественного контроля и о результатах контроля в соответствии с настоящим Федеральным законом;

6) нести иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Статья 13. Общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации

1. Общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации выполняют консультативно-совещательные функции и участвуют в осуществлении общественного контроля в порядке и формах, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, положениями об общественных советах.

2. Общественные советы содействуют учету прав и законных интересов общественных объединений, правозащитных, религиозных и иных организаций при общественной оценке деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

3. Общественные советы могут создаваться при органах местного самоуправления.

4. В состав общественного совета не могут входить лица, замещающие государственные должности Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, должности государственной службы Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, и лица, замещающие муниципальные должности и должности муниципальной службы, а также другие лица, которые в соответствии с Федеральным законом от 4 апреля 2005 года N 32-ФЗ «Об Общественной палате Российской Федерации» не могут быть членами Общественной палаты Российской Федерации.

5. Общественные советы при федеральных органах исполнительной власти формируются на конкурсной основе, если иной порядок формирования общественных советов при отдельных федеральных органах исполнительной власти не предусмотрен нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации. Организатором конкурса является Общественная палата Российской Федерации.

6. Требования к кандидатурам в состав общественного совета при федеральном органе исполнительной власти разрабатываются соответствующим федеральным органом исполнительной власти совместно с Общественной палатой Российской Федерации. Правом выдвижения кандидатур в члены общественных советов обладают общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации, целями деятельности которых являются представление или защита общественных интересов и (или) выполнение экспертной работы в сфере общественных отношений. Состав общественного совета, сформированный из числа кандидатур, отобранных на конкурсной основе, утверждается руководителем соответствующего федерального органа исполнительной власти по согласованию с советом Общественной палаты Российской Федерации. Председатель общественного совета избирается членами общественного совета из своего состава.

Статья 18. Формы общественного контроля

1. Общественный контроль осуществляется в формах общественного мониторинга, общественной проверки, общественной экспертизы, в иных формах, не противоречащих настоящему Федеральному закону, а также в таких формах взаимодействия институтов гражданского общества с государственными органами и органами местного самоуправления, как общественные обсуждения, общественные (публичные) слушания и другие формы взаимодействия.

2. Общественный контроль может осуществляться одновременно в нескольких формах.

3. Порядок осуществления общественного контроля в формах, указанных в [части 1](#) настоящей статьи, определяется настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами.

Характеристика форм общественного контроля (по тексту Федерального закона от 21.07.2014 №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации»)

Общественный мониторинг

Общественный мониторинг – это осуществляемое субъектом общественного контроля постоянное (систематическое) или временное наблюдение за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 19, п. 1. Под общественным мониторингом в настоящем Федеральном законе понимается осуществляемое субъектом общественного контроля постоянное (систематическое) или временное наблюдение за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

Инициатор

- ✓ не определен.

Организатор

- ✓ Общественная палата Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты субъектов Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты (советы) муниципальных образований,
- ✓ общественные наблюдательные комиссии,
- ✓ общественные инспекции,
- ✓ общественные объединения,
- ✓ иные негосударственные некоммерческие организации.

ФЗ-212, ст. 19, п. 2. Организаторами общественного мониторинга являются Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований, общественные наблюдательные комиссии, общественные инспекции, общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации.

Требования к срокам проведения

- ✓ отсутствуют.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ отсутствуют.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ предварительного оповещения нет,
- ✓ проводится публично и открыто с использованием информационно-телекоммуникационных систем, в том числе информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ порядок проведения и определения результатов общественного мониторинга устанавливается организатором,
- ✓ организатор общественного мониторинга обнародует информацию о предмете общественного мониторинга, сроках, порядке его проведения и определения его результатов.

ФЗ-212, ст. 19, п. 3. Общественный мониторинг проводится публично и открыто с использованием информационно-телекоммуникационных систем, в том числе информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 19, п. 4. Порядок проведения общественного мониторинга и определения его результатов устанавливается организатором общественного мониторинга. Организатор общественного мониторинга обнародует информацию о предмете общественного мониторинга, сроках, порядке его проведения и определения его результатов в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Итоговый документ

- ✓ может быть подготовлен или не подготовлен,
- ✓ если документ подготовлен, то он подлежит обязательному рассмотрению органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 19, п. 5. Субъектом общественного контроля по результатам проведения общественного мониторинга может быть подготовлен итоговый документ, который подлежит обязательному рассмотрению органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 19, п. 6. Итоговый документ, подготовленный по результатам общественного мониторинга, обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Требования к распространению итогового документа / результатов

- ✓ если документ подготовлен, то он обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ по результатам может быть инициировано общественное обсуждение,
- ✓ по результатам могут быть инициированы общественные (публичные) слушания,
- ✓ по результатам может быть инициирована общественная проверка,
- ✓ по результатам может быть инициирована общественная экспертиза,
- ✓ по результатам может быть инициировано иное общественное мероприятие.

ФЗ-212, ст. 19, п. 6. Итоговый документ, подготовленный по результатам общественного мониторинга, обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 19, п. 7. В зависимости от результатов общественного мониторинга его организатор вправе инициировать проведение общественного обсуждения, общественных (публичных) слушаний, общественной проверки, общественной экспертизы, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных общественных мероприятий.

Общественная проверка

Общественная проверка – это совокупность действий субъекта общественного контроля

по сбору и анализу информации, проверке фактов и обстоятельств, касающихся

- ✓ общественно значимой деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ деятельности, затрагивающей права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 20, п. 1. Под общественной проверкой в настоящем Федеральном законе понимается совокупность действий субъекта общественного контроля по сбору и анализу информации, проверке фактов и обстоятельств, касающихся общественно значимой деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, а также деятельности, затрагивающей права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций. Общественные проверки проводятся в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами.

Инициатор

- ✓ Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации,
- ✓ Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей,
- ✓ уполномоченные по правам человека,
- ✓ уполномоченные по правам ребенка,
- ✓ уполномоченные по защите прав предпринимателей,
- ✓ уполномоченные по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации,
- ✓ Общественная палата Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты субъектов Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты (советы) муниципальных образований,
- ✓ иные субъекты общественного контроля.

ФЗ-212, ст. 20, п. 2. Инициаторами общественной проверки могут быть Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации, Общественная палата Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований и иные субъекты общественного контроля.

Организатор

- ✓ не определен.

Требования к срокам проведения

- ✓ не более 30 дней.

ФЗ-212, ст. 20, п. 5. Срок проведения общественной проверки не должен превышать тридцать дней.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ к проверке могут быть привлечены общественные инспекторы,
- ✓ общественные инспекторы привлекаются на общественных началах,
- ✓ общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- ✓ общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о любых попытках подкупа или давления на него, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ в случае нарушения общественным инспектором обязанностей по подготовке заключения и по информированию организатора о конфликте интересов,

попытках подкупа или давления такой общественный инспектор отстраняется от данной проверки и не может привлекаться к проведению другой общественной проверки.

ФЗ-212, ст. 21, п. 1. Общественный инспектор - гражданин, привлеченный на общественных началах для проведения общественной проверки. Общественный инспектор при проведении общественной проверки пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе.

ФЗ-212, ст. 21, п. 3. Общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, а также о любых попытках подкупа или давления на него. Информация об этом обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 21, п. 4. В случае нарушения общественным инспектором обязанностей, установленных частями 2 и 3 настоящей статьи, он не может быть участником данной общественной проверки и в дальнейшем привлекаться к проведению другой общественной проверки.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ порядок организации и проведения устанавливается организатором,
- ✓ организатор общественной проверки доводит до сведения руководителя проверяемого органа или организации информацию об общественной проверке, о сроках, порядке ее проведения и определения результатов,
- ✓ при подготовке общественной проверки ее организатор вправе направить в проверяемые орган или организацию запрос о предоставлении необходимых для проведения общественной проверки документов и других материалов,
- ✓ общественные инспекторы при проведении общественной проверки пользуются необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе,

ФЗ-212, ст. 20, п. 3. Порядок организации и проведения общественной проверки устанавливается ее организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

ФЗ-212, ст. 20, п. 4. Организатор общественной проверки доводит до сведения руководителя проверяемого органа или организации информацию об общественной проверке, о сроках, порядке ее проведения и определения результатов.

ФЗ-212, ст. 20, п. 6. При подготовке общественной проверки ее организатор вправе направить в проверяемые орган или организацию запрос о предоставлении необходимых для проведения общественной проверки документов и других материалов.

ФЗ-212, ст. 21, п. 1. Общественный инспектор - гражданин, привлеченный на общественных началах для проведения общественной проверки. Общественный инспектор при проведении общественной проверки пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе.

Итоговый документ

- ✓ организатор подготавливает итоговый документ (акт),
- ✓ акт должен содержать, в частности, основания для проведения общественной проверки, перечень документов и других материалов, изученных в ходе общественной проверки, установленные и документально подтвержденные факты и обстоятельства нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций или запись об отсутствии таковых, выводы о результатах общественной проверки и предложения и рекомендации по устранению выявленных нарушений,
- ✓ акт, в случае привлечения к проверке общественных инспекторов, составляется на основании заключения (заключений), представленного организатору общественными инспекторами,
- ✓ заключение, подготовленное общественным инспектором, должно содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной проверки, а также предложения и рекомендации.

ФЗ-212, ст. 20, п. 7. По результатам общественной проверки ее организатор подготавливает итоговый документ (акт), который должен содержать, в частности, основания для проведения общественной проверки, перечень документов и других материалов, изученных в ходе общественной проверки, установленные и документально подтвержденные факты и обстоятельства нарушения прав и свобод

человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций или запись об отсутствии таковых, выводы о результатах общественной проверки и предложения и рекомендации по устранению выявленных нарушений.

ФЗ-212, ст. 21, п. 2. Итоговый документ (заключение), представленный общественным инспектором организатору общественной проверки, должен содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной проверки, а также предложения и рекомендации.

Требования к распространению итогового документа / результатов

- ✓ акт направляется руководителю проверяемых органа или организации, а также иным заинтересованным лицам,
- ✓ акт размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 20, п. 8. Итоговый документ (акт), подготовленный по результатам общественной проверки, направляется руководителю проверяемых органа или организации, а также иным заинтересованным лицам, размещается субъектами общественного контроля в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Общественная экспертиза

Общественная экспертиза – это...

- ✓ анализ и оценка актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ проверка соответствия таких актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов требованиям законодательства,
- ✓ проверка соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

В отношении актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов в случаях, установленных федеральными законами, проведение общественной экспертизы является обязательным.

ФЗ-212, ст. 22, п. 1. Под общественной экспертизой в настоящем Федеральном законе понимаются основанные на использовании специальных знаний и (или) опыта специалистов, привлеченных субъектом общественного контроля к проведению общественной экспертизы на общественных началах, анализ и оценка актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, проверка соответствия таких актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов требованиям законодательства, а также проверка соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 22, п. 2. Проведение общественной экспертизы является обязательным в отношении актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов в случаях, установленных федеральными законами.

Инициатор

- ✓ органы государственной власти,
- ✓ органы местного самоуправления,
- ✓ государственные и муниципальные организации,
- ✓ иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации,
- ✓ Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка,
- ✓ Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей,
- ✓ уполномоченные по правам человека,
- ✓ уполномоченные по правам ребенка,
- ✓ уполномоченные по защите прав предпринимателей,
- ✓ уполномоченные по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации,
- ✓ Общественная палата Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты субъектов Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты (советы) муниципальных образований,
- ✓ иные субъекты общественного контроля.

ФЗ-212, ст. 22, п. 3. Общественная экспертиза может проводиться по инициативе органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 22, п. 4. Инициаторами проведения общественной экспертизы могут быть Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований и иные субъекты общественного контроля.

Организатор

- ✓ не определен.

Требования к срокам проведения

- ✓ не более 120 дней со дня объявления о проведении общественной экспертизы.

ФЗ-212, ст. 22, п. 8. Срок проведения общественной экспертизы не может превышать сто двадцать дней со дня объявления о проведении общественной экспертизы, если иное не установлено федеральными законами.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ общественный эксперт – специалист в соответствующей области знаний.
- ✓ общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- ✓ общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о любых попытках подкупа или давления на него, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ в случае нарушения общественным экспертом обязанностей по подготовке заключения и по информированию организатора о конфликте интересов, попытках подкупа или давления такой общественный инспектор отстраняется от данной экспертизы и не может привлекаться к проведению другой общественной экспертизы.

ФЗ-212, ст. 22, п. 6. Если проведение общественной экспертизы в соответствии с федеральным законодательством является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы специалиста в соответствующей области знаний (общественного эксперта) либо сформировать экспертную комиссию. Экспертная комиссия формируется из общественных экспертов, имеющих соответствующее образование и квалификацию в различных областях знаний.

ФЗ-212, ст. 23, п. 3. Общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о наличии у общественного эксперта конфликта интересов, а также о любых попытках подкупа или давления на него. Информация об этом обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 23, п. 4. В случае нарушения общественным экспертом обязанностей, установленных частями 2 и 3 настоящей статьи, он не может быть участником данной общественной экспертизы и в дальнейшем привлекаться к проведению других общественных экспертиз.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ порядок организации устанавливается организатором,
- ✓ если проведение общественной экспертизы является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы общественного эксперта либо сформировать из общественных экспертов экспертную комиссию,
- ✓ отбор общественных экспертов осуществляется на основании сведений, предоставленных научными и (или) образовательными организациями, общественными объединениями и иными негосударственными некоммерческими организациями, а также на основании сведений, размещенных в открытом доступе,
- ✓ общественные эксперты имеют право подготавливать по результатам общественной экспертизы итоговый документ (заключение) либо участвовать в подготовке общего итогового документа (общего заключения).

ФЗ-212, ст. 22, п. 5. Порядок проведения общественной экспертизы устанавливается ее организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

ФЗ-212, ст. 22, п. 6. Если проведение общественной экспертизы в соответствии с федеральным законодательством является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы

специалиста в соответствующей области знаний (общественного эксперта) либо сформировать экспертную комиссию. Экспертная комиссия формируется из общественных экспертов, имеющих соответствующее образование и квалификацию в различных областях знаний.

ФЗ-212, ст. 22, п. 7. Отбор кандидатур для включения в состав общественных экспертов осуществляется организатором общественной экспертизы на основании сведений, предоставленных научными и (или) образовательными организациями, общественными объединениями и иными негосударственными некоммерческими организациями, а также на основании сведений, размещенных на личных страницах общественных экспертов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 23, п. 1. Общественный эксперт при проведении общественной экспертизы пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественной экспертизы в отдельных сферах общественных отношений, в том числе правом подготавливать по результатам общественной экспертизы итоговый документ (заключение) либо участвовать в подготовке общего итогового документа (общего заключения).

Итоговый документ

- ✓ итоговым документом является заключение,
- ✓ заключение общественного эксперта предоставляется организатору общественной экспертизы,
- ✓ заключение должно содержать
 - выводы о соответствии документа(-ов), в отношении которого проводилась экспертиза, или его (их) отдельных положений законодательству Российской Федерации или выводы о соблюдении или несоблюдении прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций,
 - общественную оценку социальных, экономических, правовых и иных последствий принятия документа(-ов), в отношении которого проводилась экспертиза,
 - предложения и рекомендации по совершенствованию документа(-ов), в отношении которого проводилась экспертиза.
- ✓ выводы о результатах общественной экспертизы должны быть объективными, достоверными и обоснованными.

ФЗ-212, ст. 22, п. 9. Итоговый документ (заключение), подготовленный по результатам общественной экспертизы, должен содержать:

1) объективные, достоверные и обоснованные выводы общественных экспертов (экспертной комиссии) о соответствии или несоответствии акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась

общественная экспертиза, или их отдельных положений законодательству Российской Федерации, а также о соблюдении или несоблюдении прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;

2) общественную оценку социальных, экономических, правовых и иных последствий принятия акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза;

3) предложения и рекомендации по совершенствованию акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза.

ФЗ-212, ст. 23, п. 2. Итоговый документ (заключение), представленный общественным экспертом организатору общественной экспертизы, должен содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной экспертизы.

Требования к распространению итогового документа / результатов

- ✓ заключение направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ заключение размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 22, п. 10. Итоговый документ (заключение), подготовленный по результатам общественной экспертизы, направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Общественное обсуждение

Общественное обсуждение – это используемое в целях общественного контроля публичное обсуждение общественно значимых вопросов, а также проектов решений органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 24, п. 1. Под общественным обсуждением в настоящем Федеральном законе понимается используемое в целях общественного контроля публичное обсуждение общественно значимых вопросов, а также проектов решений органов государственной власти, органов местного самоуправления,

государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, с обязательным участием в таком обсуждении уполномоченных лиц указанных органов и организаций, представителей граждан и общественных объединений, интересы которых затрагиваются соответствующим решением.

Инициатор

- ✓ не определен.

Организатор

- ✓ не определен.

Требования к срокам проведения

- ✓ отсутствуют.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

В общественном обсуждении обязательно участвуют

- ✓ уполномоченные лица указанных органов и организаций, представители граждан и общественных объединений, интересы которых затрагиваются соответствующим решением,
- ✓ представители различных профессиональных и социальных групп, в том числе лица, права и законные интересы которых затрагивает или может затронуть решение, проект которого выносится на общественное обсуждение.

ФЗ-212, ст. 24, п. 1. Под общественным обсуждением в настоящем Федеральном законе понимается используемое в целях общественного контроля публичное обсуждение общественно значимых вопросов, а также проектов решений органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, с обязательным участием в таком обсуждении уполномоченных лиц указанных органов и организаций, представителей граждан и общественных объединений, интересы которых затрагиваются соответствующим решением.

ФЗ-212, ст. 24, п. 2. Общественное обсуждение проводится с привлечением к участию в нем представителей различных профессиональных и социальных групп, в том числе лиц, права и законные интересы которых затрагивает или может затронуть решение, проект которого выносится на общественное обсуждение.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ проводится публично и открыто, участники вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения по вопросам, вынесенным на общественное обсуждение

- ✓ общественное обсуждение может проводиться через средства массовой информации, в том числе через информационно-телекоммуникационную сеть Интернет»,
- ✓ порядок проведения устанавливается организатором,
- ✓ организатор общественного обсуждения заблаговременно обнародует информацию о вопросе, выносимом на общественное обсуждение, сроке, порядке его проведения и определения его результатов,
- ✓ организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

ФЗ-212, ст. 24, п. 3. Общественное обсуждение проводится публично и открыто. Участники общественного обсуждения вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения по вопросам, вынесенным на общественное обсуждение. Общественное обсуждение указанных вопросов может проводиться через средства массовой информации, в том числе через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет».

ФЗ-212, ст. 24, п. 4. Порядок проведения общественного обсуждения устанавливается его организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами. Организатор общественного обсуждения в соответствии с настоящим Федеральным законом заблаговременно обнародует информацию о вопросе, выносимом на общественное обсуждение, сроке, порядке его проведения и определения его результатов. При этом организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

Итоговый документ

- ✓ итоговым документом является протокол.

ФЗ-212, ст. 24, п. 5. По результатам общественного обсуждения подготавливается итоговый документ (протокол), который направляется на рассмотрение в органы государственной власти или органы местного самоуправления и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Требования к распространению итогового документа / результатов

Протокол

- ✓ направляется на рассмотрение в органы государственной власти или органы местного самоуправления,
- ✓ размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 24, п. 5. По результатам общественного обсуждения подготавливается итоговый документ (протокол), который направляется на рассмотрение в органы государственной власти или органы местного самоуправления и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Общественные (публичные) слушания

Общественные слушания – это собрание граждан для обсуждения

- ✓ вопросов, касающихся деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и имеющих особую общественную значимость,
- ✓ вопросов, затрагивающих права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

Общественные (публичные) слушания проводятся по вопросам государственного и муниципального управления в сферах охраны окружающей среды, градостроительной деятельности, закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд и в других сферах

ФЗ-212, ст. 25, п. 1. Под общественными (публичными) слушаниями в настоящем Федеральном законе понимается собрание граждан, организуемое субъектом общественного контроля, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, для обсуждения вопросов, касающихся деятельности указанных органов и организаций и имеющих особую общественную значимость либо затрагивающих права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 25, п. 2. Общественные (публичные) слушания проводятся по вопросам государственного и муниципального управления в сферах охраны окружающей среды, градостроительной деятельности, закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд и в других сферах в случаях, установленных федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

Инициатор

- ✓ не определен.

Организатор

- ✓ субъект общественного контроля.

ФЗ-212, ст. 25, п. 1. Под общественными (публичными) слушаниями в настоящем Федеральном законе понимается собрание граждан, организуемое субъектом общественного контроля, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, для обсуждения вопросов, касающихся деятельности указанных органов и организаций и имеющих особую общественную значимость либо затрагивающих права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 9, п. 1. Субъектами общественного контроля являются:

- 1) Общественная палата Российской Федерации;
- 2) общественные палаты субъектов Российской Федерации;
- 3) общественные палаты (советы) муниципальных образований;
- 4) общественные советы при федеральных органах исполнительной власти, общественные советы при законодательных (представительных) и исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации.

Требования к срокам проведения

- ✓ отсутствуют.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ отсутствуют.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ проводятся в помещении, пригодном для размещения в нем представителей различных групп населения, права и законные интересы которых затрагивают вопросы, вынесенные на общественные (публичные) слушания,
- ✓ доступ в помещение заинтересованных лиц не может быть ограничен организатором,
- ✓ проводятся публично и открыто, участники вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения и замечания по вопросу, вынесенному на общественные слушания,
- ✓ порядок проведения устанавливается организатором,
- ✓ организатор заблаговременно обнародует информацию о вопросе, вынесенном на общественные слушания, о дате, времени, месте и порядке их проведения и определения их результатов,
- ✓ организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

ФЗ-212, ст. 25, п. 3. Общественные (публичные) слушания проводятся в помещении, пригодном для размещения в нем представителей различных групп населения, права и законные интересы которых затрагивают вопросы, вынесенные на общественные (публичные) слушания. Организатор слушаний не вправе ограничить доступ в помещение заинтересованных лиц или их представителей.

ФЗ-212, ст. 25, п. 4. Общественные (публичные) слушания проводятся публично и открыто. Участники общественных (публичных) слушаний вправе свободно высказывать свое мнение и вносить предложения и замечания по вопросу, вынесенному на общественные (публичные) слушания.

ФЗ-212, ст. 25, п. 5. Порядок проведения общественных (публичных) слушаний и определения их результатов устанавливается их организатором в соответствии с законодательством Российской Федерации. Организатор общественных (публичных) слушаний в соответствии с настоящим Федеральным законом заблаговременно обнародует информацию о вопросе, вынесенном на общественные (публичные) слушания, а также о дате, времени, месте и порядке их проведения и определения их результатов. При этом организатор общественных (публичных) слушаний обеспечивает всем их участникам свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, вынесенного на общественные (публичные) слушания.

Итоговый документ

- ✓ итоговым документом является протокол,
- ✓ протокол содержит обобщенную информацию о ходе общественных (публичных) слушаний, в том числе о мнениях их участников, поступивших предложениях и заявлениях, об одобренных большинством участников слушаний рекомендациях.

ФЗ-212, ст. 25, п. 6. По результатам общественных (публичных) слушаний их организатор составляет итоговый документ (протокол), содержащий обобщенную информацию о ходе общественных (публичных) слушаний, в том числе о мнениях их участников, поступивших предложениях и заявлениях, об одобренных большинством участников слушаний рекомендациях.

Требования к распространению итогового документа / результатов

Протокол

- ✓ направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 25, п. 7. Итоговый документ (протокол), подготовленный по результатам общественных (публичных)

слушаний, направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Примеры методик общественного контроля

Пример 1.

Оценка размещения информации в холле медицинской организации

Методика создана на основании документов:

Приложение № 4 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543 «Правила организации деятельности регистратуры поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины));

Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Методика может быть реализована в форме общественной проверки или в форме общественного мониторинга. При реализации методики в форме общественного мониторинга методика должна быть дополнена структурой для систематизации информации.

Лист наблюдений за размещением информации в холле медицинской организации

Информация	Подход к стенду с информацией свободный	Информация прочитывается без усилий ²	Имеется свободный доступ к полному тексту документа ³	Информация отсутствует
Информация об организации				
Наименование				
Адрес места нахождения юридического лица				

² Текст размещен примерно на уровне глаз, размер кегля достаточный для прочтения без усилий.

³ Текст документа полностью представлен на стенде или размещен в кармане, но при этом его можно свободно вынуть и положить обратно.

Информация	Подход к стенду с информацией свободный	Информация прочитывается без усилий ²	Имеется свободный доступ к полному тексту документа ³	Информация отсутствует
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица / Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года				
Лицензия на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа)				
Контакты органов власти, страховых компаний, ближайшей аптеки, центра здоровья				
Адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан				
Адреса и телефоны территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и				
Адреса и телефоны территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека				
Адреса и телефоны страховой компании / страховых компаний на отдельных стендах				
Адреса и телефоны страховой компании / страховых компаний на одном стенде				
Адреса ближайших аптек				
Адрес ближайшего центра здоровья				
Режим работы, расписание				
Режим работы медицинской организации				

Информация	Подход к стенду с информацией свободный	Информация прочитывается без усилий ²	Имеется свободный доступ к полному тексту документа ³	Информация отсутствует
Режим работы лабораторий с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы кабинетов с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы центра здоровья с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы дневного стационара с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы иных подразделений медицинской организации с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Время приема врачей всех специальностей				
График работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг				
Время и место приема населения руководителем медицинской организации и его заместителями				
Правила и порядки				
Правила вызова врача на дом				
Порядок предварительной записи на прием к врачам				
Правила подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализам крови, желудочного сока и др.)				
Платные услуги				
Перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и				

Информация	Подход к стенду с информацией свободный	Информация прочитывается без усилий ²	Имеется свободный доступ к полному тексту документа ³	Информация отсутствует
порядке их оплаты				
Порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой				
Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг: Ф.И.О., уровень профессионального образования и квалификации				

Документы, на базе которых подготовлен пример

- Правила организации деятельности регистратуры поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)) (Приложение № 4 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н);
- Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006)

Пример 2.

Оценка сайта медицинской организации

Методика создана на основании документов:

Приложение № 1к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 956н «Информация, предоставляемая медицинскими организациями, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»

Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Методика может быть реализована в форме общественной проверки или в форме общественного мониторинга. При реализации методики в форме общественного мониторинга методика должна быть дополнена структурой для систематизации информации.

Лист наблюдения за сайтом медицинской организации

Название медицинской организации (далее – МО)

Адрес сайта медицинской организации

Дата заполнения листа наблюдений

Ф.И.О. лица, заполнявшего лист наблюдений

Контактный телефон лица, заполнявшего лист наблюдений

Электронная почта лица, заполнявшего лист наблюдений

Лист составлен на основании Приложения 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 г. N 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Инструкция

Заполните таблицы 1-6, отметив в каждой строке таблицы вариант или варианты ответа, соответствующие обнаруженному на сайте медицинской организации.

Если Вы испытываете затруднения при заполнении той или иной строки, не заполняйте ее без предварительной консультации с ответственным лицом.

В случае затруднений обращайтесь по тел. 8-..... или по адресу электронной почты ...@... к [Ф.И.О. ответственного лица].

Таблица 1

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню		Во вкладке с контактной информацией		Иное место размещения (указать, какое именно)	Не обнаружено
1.1. полное наименование МО								
1.2. место нахождения МО								
1.3. место нахождения структурных подразделений МО								
1.4. почтовый адрес МО с индексом								
1.5. почтовый адрес МО без индекса								
1.6. дата государственной регистрации МО								
1.7. сведения об учредителе (учредителях) МО								
1.8. режим (время) / график работы МО								
1.9. режим (время) / график работы структурных подразделений МО								
1.10. режим (время) / график работы администрации МО								
1.11. график приема граждан руководителем МО и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты								
1.12. график приема граждан руководителем МО								

<i>Информация</i>	<i>На главной странице</i>		<i>Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню</i>		<i>Во вкладке с контактной информацией</i>		<i>Иное место размещения (указать, какое именно)</i>	<i>Не обнаружено</i>
и иными уполномоченными лицами без указания телефона или адреса электронной почты								
1.13. контактные телефоны администрации МО								
1.14. контактные телефоны структурных подразделений МО								
1.15. телефоны регистратуры / справочной службы МО								
1.16. адрес электронной почты МО								

Таблица 2

<i>Информация</i>	<i>На главной странице</i>		<i>Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню</i>		<i>Во вкладке с контактной информацией</i>		<i>Иное место размещения (указать, какое именно)</i>	<i>Не обнаружено</i>
2.1. адрес [органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]								
2.2. контактный телефон [органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]								
2.3. адрес [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения]								

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню		Во вкладке с контактной информацией		Иное место размещения (указать, какое именно)	Не обнаружено
2.4. контактный телефон [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения]								
2.5. адрес [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека]								
2.6. контактный телефон [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека]								
3.1. название страховой медицинской организации, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (или нескольких организаций)								
3.2. адрес страховой медицинской организации								
3.3. контактный телефон страховой медицинской организации								
3.4. график работы страховой медицинской организации								

Таблица 3

не обнаружено			
Иное (укажите, что именно)			
гиперссылка со страницы с контактной информацией	на файл с картинкой / схемой / текстом		
	на картинку / схему / текст		
картинка / схема / текст на странице с контактной информацией			
гиперссылка со страницы с информацией об организации	на файл с картинкой / схемой / текстом		
	на картинку / схему / текст		
картинка / схема / текст на странице с информацией об организации			
гиперссылка с главной страницы	на файл с картинкой / схемой / текстом		
	на картинку / схему / текст		
картинка / схема / текст на главной странице			
Информация	1.17. схема проезда		

Таблица 4

Информация	картинка / схема / текст на главной странице	гиперссылка с главной страницы		картинка / схема / текст на странице с информацией об организации	гиперссылка со страницы с информацией об организации		картинка / схема / текст на странице с контактной информацией	гиперссылка со страницы с информацией для пациентов		Иное (укажите, что именно)	не обнаружено
		на файл с картинкой / схемой / текстом	на картинку / схему / текст		на файл с картинкой / схемой / текстом	на картинку / схему / текст		на файл с картинкой / схемой / текстом	на картинку / схему / текст		
1.18. структура организации											
1.19. органы управления организацией											
1.20. правила внутреннего распорядка для потребителей услуг											
4.1. права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья											
4.2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»											
5.1. электронный образ лицензии на осуществление медицинской деятельности											
5.2. номер лицензии на осуществление медицинской деятельности											
5.3. виды медицинской помощи (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) указаны по МО в целом											
5.4. виды медицинской помощи (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) указаны по отделениям МО и присутствует для всех отделений											
5.5. виды медицинской помощи (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) указаны по											

[illegible]

Информация	не обнаружено		Иное (укажите, что именно)		гиперссылка со страницы с информацией для пациентов		картинка / схема / текст на странице с контактной информацией		гиперссылка со страницы с информацией об организации		картинка / схема / текст на странице с информацией об организации		гиперссылка с главной страницы		картинка / схема / текст на главной странице	
					на файл с картинкой / схемой / таблицей / на картинку / схему / текст				на файл с картинкой / схемой / таблицей / на картинку / схему / текст				на файл с картинкой / схемой / таблицей / на картинку / схему / текст			
5.15. цены (тарифы) на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов)																
5.16. цены (тарифы) на медицинские услуги (без приложения электронного образа документов)																
7.1. вакантные должности																
8.1. перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения																
9.1. перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей																
10.1. перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению																

Таблица 5

категории медицинских работников	информация дана по отделениям													
	информация дана по всем работникам категории													
	часы приема													
	график работы													
	сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия)					неполные								
сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация)					полные									
должность										полные				
Ф.И.О.														
6.1. руководители отделений														
6.2. медицинские работники высшего звена														
6.3. медицинские работники среднего звена														
6.4. медицинские работники младшего звена										- - - -				

Таблица 6

информация	Не обнаружено		Информация адаптирована для восприятия пациентов		Иное место размещения (указать, какое именно)		Во вкладке с информацией для пациентов		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального меню или вертикального меню		На главной странице	
							по одному клику		по одному клику		по одному клику	
							без дополнительных		без дополнительных		без дополнительных	
											в тексте	
5.17. указано на возможность получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи												
5.18. описан порядок оказания бесплатной медицинской помощи												
5.19. указан объем оказания бесплатной медицинской помощи												
5.20. перечислены условия оказания бесплатной медицинской помощи												

Пример 3.

Экспертиза положений (проектов), регламентирующих деятельность общественных советов

Методика экспертизы разработана с учетом норм Федерального закона «Об основах общественного контроля в РФ» и положений Стандарта деятельности общественных советов при федеральных органах исполнительной власти (типового положения), утвержденного протоколом заседания правительственной комиссии по координации деятельности открытого правительства № 4 от 29.05.2014 г.

Стандарт деятельности общественного совета может использоваться в ходе экспертизы в качестве модельного документа для сравнения с экспертируемым положением.

Критерии оценки положения (проекта), регламентирующего деятельность общественного совета: возможность учета интересов референтной группы (то есть группы, на решение которой направлена деятельность органа власти и совета при нем) в деятельности органа власти посредством общественного совета; соответствие статуса общественного совета требованиям федерального законодательства; полнота регламентации процедур работы совета; непротиворечивость документа; реалистичность документа; состав совета (в том числе полнота представительства в нем представителей общественных формирований в сфере деятельности соответствующего органа власти, возможность ротации и привлечения к работе совета экспертов из числа не входящих в его состав целевых групп в сфере деятельности совета). Каждый из этих критериев раскрывается ответами на ряд вопросов. Эти вопросы приведены в таблице ниже. Для подготовки экспертного заключения таблицу необходимо заполнить. Экспертное заключение может иметь табличную форму. В этом случае заполненная таблица озаглавляется «Итоговый документ общественной экспертизы Положения об общественном совете при (название органа власти)» и подписывается лицами, проводившими экспертизу.

№	Вопрос экспертизы	Ответ на вопрос экспертизы (да/нет/частично)	Норма действующем положении, подтверждающая ответы «да» или «частично» на вопрос (цитата с указанием номера статьи/пункта)	Предложение по изменению/дополнению статьи/пункта
1.		2.	3.	4.
Критерий «Возможность учета интересов референтной группы в деятельности органа власти посредством общественного совета»				
1.	Есть ли в положении возможность включения в состав совета независимых от органов власти представителей референтных групп (например, посредством процедуры самовыдвижения)?			
2.	Есть ли в положении нормы об открытости информации о начале процедуры формирования общественного совета? (в том числе			

	изменения состава (ротации, перевыборов).			
3.	Содержит ли положение нормы об открытости информации о деятельности совета, в том числе обнародование ежегодного отчета о деятельности совета?			
4.	Есть ли в положении возможность свободного участия в заседаниях совета членов референтных групп? (входящих и не входящих в состав совета)? Каким образом обеспечивается это участие?			
Критерий «Соответствие статуса общественного совета требованиям федерального законодательства»				
5.	Есть ли в положении перечень вопросов, решение которых органом власти невозможно без предварительного обсуждения общественным советом?			
6.	Есть ли в положении обязательства органа власти перед общественным советом, например, сокращенные сроки ответов на запросы членов общественного совета; отчеты должностных лиц перед общественным советом; рассмотрение общественным советом ежегодных планов работы органа власти; обязанность сотрудников органа власти присутствовать на заседании совета по его приглашению, и др.?			
7.	Отражен ли в положении в соответствии с п. 1 ст. 9 ФЗ «Об основах общественного контроля в РФ» статус общественного совета как субъекта общественного контроля?			
8.	Определены ли в положении права общественного совета в целом, в том числе по осуществлению общественного контроля?			
9.	Определены ли в положении права членов общественного совета (например, право на фиксацию особого мнения члена совета при голосовании)?			
10.	Определены ли в положении обязанности общественного совета			

	в целом и его членов в отдельности, в том числе по осуществлению общественного контроля?			
Критерий «Полнота регламентации процедур работы совета и его функций»				
11.	Определены ли перечни вопросов, решаемых исключительно на очных заседаниях совета?			
12.	Определена ли возможность и процедура заочных опросов членов совета для принятия решения?			
13.	Определены ли исчерпывающие полномочия председателя совета?			
14.	Не являются ли полномочия председателя чрезмерно широкими?			
15.	Определены ли в положении требования к этике поведения членов совета?			
16.	Определены ли способы разрешения конфликтных ситуаций?			
17.	Определены ли процедуры инициирования и проведения мероприятий общественного контроля (в различных его формах), в том числе принятия решений по результатам общественного контроля?			
Критерий «Непротиворечивость документа»				
18.	Присутствуют ли в положении нормы, противоречащие друг другу (например, установлено, что заседания совета являются открытыми, а в другом пункте сказано, что председатель совета рассматривает заявления желающих принять участие в заседании)?			
19.	Присутствуют ли в положении нормы, противоречащие законодательству об общественном контроле?			
Критерий «Реалистичность документа»				
20.	Выполнимы ли на практике процедуры, предусмотренные положением (например, принятие решения исключительно единогласным голосованием является нереалистичной процедурой)?			

1.2.3. Представление общественных предложений через Советы

Ближайшие задачи развития общественных советов

Как показывают результаты социологических исследований⁴, пациентские НКО и территориальные органы власти единодушны в признании важности общественных советов. Общественные советы для них — это посредники между чиновниками и общественностью, площадка на которой встречаются «стоящие по разные стороны баррикады», и где разворачивается их совместная деятельность в общем направлении (*«мы, Совет, даем информацию о том, какую помощь нужно оказывать, чтобы обеспечить удовлетворение потребностей пациентов; с другой стороны, мы стараемся получать объективную информацию от самих пациентов»*).

С другой стороны, проблемы, с которыми сталкиваются общественные советы, свидетельствуют о том, что как общественность, так и органы власти продолжают работать по старым принципам, в то время как новые реалии жизни ставят задачу смены традиционной парадигмы деятельности, установившегося порядка работы и в государственной системе, и в среде общественных организаций.

Предлагаемые участниками общественно-государственного взаимодействия принципы новой парадигмы деятельности государственной системы здравоохранения, социальной защиты и гражданского общества это:

- Партнерство во взаимоотношениях органов власти, медицинских учреждений и пациентской общественности.
- Сервисная позиция органов власти по отношению к гражданскому обществу.

Федеральный закон №212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» только начинает реализовываться. Очевидно, что по нему возникает множество вопросов. На сегодняшний день многие положения закона воспринимаются неоднозначно, потому что не прописаны механизмы их исполнения, а некоторые из них противоречат существующим стандартам. Закон требует уточняющих подзаконных актов, в которых будут прописаны полномочия, процедуры осуществления различных форм контроля (мониторинга, проверок, расследований). Тем не менее, по мнению практиков общественного контроля, появление этого закона само по себе — огромный шаг в становлении системы общественного контроля в стране. И в настоящее время это единственный законодательный документ, на который можно опираться. Общая актуальная задача — более глубокая проработка и поиск содержания форм общественного контроля.

Роль общественных советов для НКО:

- Возможность быть услышанными, возможность донесения проблем до органов власти.
- Возможность встретиться со всеми субъектами, ответственными за решение проблемы, и оперативно решить ее.⁵
- Площадка для свода и систематизации проблем, поиска их решений на

⁴ В 2014-15 гг. ООИ-БРС на средства Президентского гранта было проведено социологическое исследование, посвященное выявлению лучших практик работы региональных общественных советов.

⁵ В единичных случаях наиболее активные лидеры НКО, имеющие статус в регионе, отмечали, что иногда решение одиночной проблемы через Совет происходит дольше, чем при прямом обращении в необходимые структуры (это при условии, что проблема понятна и есть прямые связи с субъектами, ответственными за ее решение).

институциональном уровне («от конкретных проблем к системным, поиск возможностей устранения системных проблем»).

- Площадка для межсекторного взаимодействия, для переговоров и совместного поиска решения проблем.
- Повышение статуса пациентских НКО - членов совета («чтобы тебя не боялись и считали адекватным»).
- Консолидация пациентских НКО в регионе.

Роль общественных советов для государственных организаций:

- Получение обратной связи по своей деятельности.
- Предвидение и предупреждение возможных рисков и подготовка «мягких решений» при планируемых изменениях в системе социальной защиты («получение рекомендаций для совершенствования нашей деятельности»).
- Дополнительная работа для органов управления в сфере социальной защиты по сбору актуальных проблем и возможных путей их решения («советы делают часть работы департамента бесплатно — нарываю информацию и проносят в красивой упаковке, выявляют проблемы и предлагают отчасти пути их решения»).

Ожидания от общественных советов, имеющие место в среде пациентских организаций и органов власти, важно принимать во внимание при формировании задач общественных советов.

Ожидания относительно принципов работы общественных советов:

- Канализация инициатив общественных советов в министерство региональное и федеральное.
- Доведение инициатив общественных советов до реальных дел: *«чтобы были реальные решения»*. Практичность работы (*«выносить действенные решения... конкретные предложения... чтобы исследования и проверки заканчивались реальными шагами»*).
- Обратная связь с федеральными и общероссийскими структурами для понимания значения своего участия в общероссийских проектах (исследованиях и проч.: *«заполняем огромное количество анкет, спущенных сверху — хоть бы привет прислали или показали практические результаты этих исследований...»*).

Ожидания относительно эффектов работы общественных советов:

- Активизация работы органов исполнительной власти («Совет должен бодрить орган государственной власти, при котором он находится»).
- Уменьшение потока обращений граждан в государственные учреждения и органы власти с жалобами (в связи с тем, что (а) проблемы пациентов будут решаться, (б) общественные советы станут каналом связи и решения проблем).
- Стимулирование гражданской позиции и активности людей в отношении собственного здоровья и предлагаемых услуг (*«люди по-другому будут относиться с одной стороны к своему здоровью, а с другой стороны к тому, что нам предоставляет медицина — по-хозяйски отвечать за то, что вокруг»*).

Необходимые условия жизнеспособности и развития советов на территориях:

- Наличие лидера (*«если лидер есть в совете, то он ведет за собой, а если нет лидера, или руководитель совета не заинтересован, то тогда все, ничего не происходит...»*, *«Даже если власти не идут на сотрудничество, но есть лидер — рано или поздно ситуация меняется»*).
- Поддержка со стороны местной власти, понимание властью важности и пользы развития этого направления деятельности, возможностей использования институтов гражданского общества для полноценной работы и снижения социальных рисков.
- Наличие центра консолидации пациентских организаций. Этим центром консолидации пациентских организаций может быть самостоятельная организация (Архангельская область — «Союз общественных объединений инвалидов», Сахалинская область — Ассоциация общественных организаций инвалидов, Алтайский край — Союз общественных организаций края, Санкт-Петербург — Городская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов) или активный региональный общественный совет.
- Регулярная работа и реальная деятельность (*«если Совет зарекомендовал себя как авторитетный орган, регулярной работой, регулярными отчетами, реальными действиями, то к нему обращаются власти, он пользуется уважением»*).

Ближайшие задачи развития общественных советов:

- Выработка концепции советов — создание правовой конструкции, которая позволила бы развивать советы, более детальная проработка форм общественного контроля.
- Совместная работа над доработкой Закона ФЗ №212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» его идеологов и «практиков» в лице лидеров общероссийских пациентских организаций — важное условие эффективности работы над поправками к Закону.
- Наделение советов полномочиями для осуществления контрольных функций (в некоторых областях в планах выпуск удостоверений — дополнительная форма повышения статуса членов советов).
- Наделение советов полномочиями воздействия на органы власти — законодательное закрепление механизма, позволяющего общественным советам добиваться исполнения принятых решений и реагирования органов власти на запросы (*«чтобы Совет не воспринимался просто как рупор, через который озвучиваются задачи, которые можно не выполнять»*);
- Пересмотр состава советов в сторону преобладания активных общественных организаций и оставление за чиновниками из министерства канцелярских функций (ведение протокола, рассылка приглашений, размещение резолюций на сайте, решение организационных вопросов).
- Повышение профессионального уровня и компетенций членов советов. Разработка и внедрение системы обучения членов советов (*«опыт — дело наживное, нужно получить знания»*). Учеба по нормативно-правовым вопросам, техникам взаимодействия с властью, по

содержанию форм общественного контроля и др. - через организацию работы окружных образовательных площадок общественных советов.

Актуальные модули обучающих семинаров по общественному контролю⁶:

- «Организация общественных проверок по методике «тайный посетитель»;
- «Вариативность проведения независимой оценки качества реабилитационных услуг» (с мозговым штурмом и проработкой разных технологических цепочек независимой оценки).
- Создание системы обмена опытом работы советов (окружные образовательные площадки, интернет-портал, вебинары).
- Просветительская работа среди населения, информирование пациентов о правах и возможностях — общественный совет должен стать «информационным шлюзом», из которого можно черпать сведения о новшествах в предлагаемых услугах.
- Выезды представителей общественных советов в медицинские учреждения помимо задачи независимой оценки также могут иметь просветительскую направленность: *«Наша задача — не только надзор, но и работа с населением — разъяснять и учить людей, как правильно с точки зрения закона решать вопросы», «Можно как-то объединяться с пациентскими НКО и выезжать на места и какие-то образовательные мероприятия проводить».*
- Активизация работы общественных советов при медицинских учреждениях, введение в состав этих советов представителей пациентских НКО.

Успешные практики работы региональных общественных советов⁷:

- Создание объединенной структуры общественного контроля в регионе.
- Создание рабочих групп в общественном совете.
- Использование «перекрестного» присутствия одних и тех же лиц в разных советах.
- Приглашение представителей других общественных советов и органов власти на заседания.
- Налаживание прямого взаимодействия с ключевыми фигурами в органах власти, полномочных принимать решения.
- Обращение к ключевым фигурам в активных организациях при формировании повестки заседания и для получения информации по отдельным вопросам.
- Оперативность в планировании повесток заседаний и взаимодействии.
- Вовлечение членов совета при территориальном органе управления в сфере социальной защиты в работу министерства.
- Налаживание взаимодействия с общественными советами при ЛПУ и создание единой сетевой структуры общественных советов в регионе.

⁶ Семинары по общественному контролю можно проводить на базе регионов с успешным опытом и сильными Общественными советами приглашением близлежащих регионов и всех заинтересованных сторон.

⁷ Успешные практики работы региональных общественных советов были выявлены в ходе социологического исследования, проведенного в 2014-20-2015 г. Общероссийской общественной организацией инвалидов больных рассеянным склерозом.

Алгоритм создания региональных общественных советов по защите прав пациентов /вхождения в состав советов⁸

1. Выяснить в региональном органе управления здравоохранением, а также в территориальном управлении Росздравнадзора о наличии при данных органах власти Общественных советов по защите прав пациентов.
 - 1.1. При наличии советов, направить от имени руководителя вашей организации пациентов (местной или при ее отсутствии - общероссийской) письма руководителю органа власти с просьбой включить вас в состав совета в связи с высокой социальной значимостью проблемы, которую представляет ваша организация.
 - 1.2. При отсутствии одного или обоих советов, предпринять ниже описанные шаги по их созданию.
2. Создание общественного совета при ТУ Росздравнадзора. Необходимо понимать, что формально советы уже созданы при всех ТУ Росздравнадзора. Однако на практике советы могут действовать формально или вообще бездействовать. Поэтому на первом этапе необходимо выяснить – существует ли совет на практике и можете ли вы в него войти. Для определения ситуации можно провести встречу с руководителем ТУ Росздравнадзора. Для формального обеспечения процесса вхождения в Совет необходимо:
 - 2.1. Направить руководителю Территориального Управления Росздравнадзора письмо с просьбой о включении вас, как представителя НКО пациентов, в состав совета. В письме вы можете опираться на Указ Президента Российской Федерации от 4 августа 2006 г. N 842 «О порядке образования общественных советов», Приказ Росздравнадзора 25 января 2008 г. N 210-Пр/08 «О создании общественных советов при управлениях Росздравнадзора по субъектам РФ», Приказ Росздравнадзора от 29 января 2014 г. N 526 «О деятельности общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре» (см. Приложение.), а так же на то, что ваша НКО занимается социально – значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, представители которой нуждаются в помощи государства. Копию письма направить Председателю Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Власову Я.В. в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru).
 - 2.2. В течении 30 дней вы должны получить от ТУ Росздравнадзора ответ на письмо. Если вас включили в состав совета – запрашиваете подтверждающие документы и приступаете к активизации деятельности совета. Если вас приглашают на заседание совета для рассмотрения вашей кандидатуры, вы принимаете участие в заседании совета, представляете в ходе доклада (желательно с презентацией) вашу НКО, себя, вашу проблематику, вопросы, которые вы хотели бы внести в работу совета. Если в ходе заседания вас не включают в состав совета - просите, чтобы причины не включения были занесены в протокол заседания. По итогам заседания вы получаете протокол заседания о включении или не включении вас в состав совета. При любом варианте

⁸ Алгоритм подготовлен и рекомендован к внедрению Всероссийским союзом пациентов на Всероссийском конгрессе пациентов в 2015 году.

развития событий, ответ на ваш запрос, протокол о включении или не включении вас в совет вы направляете по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В.

- 2.3. Если вы не включены в состав совета, по причине того, что число его участников не может быть увеличено, выясните срок ротации членов совета и обратитесь с просьбой включить вас в состав совета во время ротации, а до тех пор просите включить вас в качестве ассоциированного члена и/или приглашать вас на заседания совета в качестве участника, эксперта, наблюдателя. Запросите в совете - где именно можно получить информацию о его составе, плане работы, новых заседаниях, результатах заседаний. Транслируйте полученные официальные ответы по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В. Так же к Председателю Совета вы можете обратиться для получения рекомендательных писем и разрешения конфликтных ситуаций, связанных с не включением вас в состав совета, бездейтельностью совета.
3. Для создания общественного совета при региональном органе управления здравоохранением.
 - 3.1. Связаться с коллегами из других обществ пациентов в регионе и договориться о совместной работе по созданию совета. Желательно провести общую встречу, на которой договориться о совместных действиях, распределении обязанностей и общей координации работы. Собрать контактные данные представителей пациентских НКО, желающих принять участие в совете.
 - 3.2. Подготовить совместное письмо с просьбой о создании Общественного совета по защите прав пациентов при региональном органе управления здравоохранением. В письме опираться на Приказ Министерства здравоохранения РФ № 437 от 23.10.12 г. «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации», Письмо Министерства здравоохранения РФ 60-0/10/2-2146 от 27.03.2013 о создании советов при органах государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, Письмо Министерства здравоохранения РФ 21-05/10/2-8641 от 20.11.2013 с Рекомендациями по созданию и деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов в субъектах РФ (Приложения 4-7). Подписать письмо могут любые пациентские организации. Внести всех подписантов и их координаты, поставить подписи. Образец письма приведен в Приложении 11.
 - 3.3. Сделать несколько копий письма. До 1 апреля 2015 года отправить письмо заказным с уведомлением о вручении или сдать в канцелярию администрации губернатора (на копии должны расписаться или поставить штамп).
 - 3.4. Через несколько дней узнать входящий номер письма в администрации губернатора и ответственное за это письмо должностное лицо.
 - 3.5. Провести встречу с вице-губернатором или с другим ответственным за этот вопрос лицом. Предварительно необходимо определить - в каком составе вы пойдете на встречу (можно идти и всем коллективом

организаций, тогда это будет уже совещание). На встрече просить поддержать инициативу, при положительном отношении администрации необходимо договориться о разработке Положения о Совете, сроках и порядке формирования Совета. Если администрация губернатора все перешлет в региональный орган здравоохранения и встречу назначат там – соглашаться, т.к. Совет в любом случае будет при этом ведомстве.

- 3.6. В случае если Совет уже есть – настаивать на том, чтобы представители общероссийских и межрегиональных организаций вошли в Совет. Провести встречу с руководителем органа власти, при котором действует совет. Для формального обеспечения процесса – направить руководителю органа власти письмо с просьбой включить вас, как представителя НКО, которая занимается социально – значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, в состав совета. Получить письменный ответ на письмо в течении 30 дней. В случае отказа – требовать письменного указания причин.
- 3.7. В случае отказа в создании Совета или включения в него представителей ваших организаций – сообщить об этом факте руководству соответствующей общероссийской пациентской организации, для последующего обсуждения в МЗ РФ. При этом необходимо письменно изложить факты отказа в содействии, кто именно из представителей власти отказал, приложить письмо с отказом.

Оценка деятельности общественных советов при региональных органах здравоохранения

Для определения собственной эффективности общественному совету необходимо определить критерии эффективности деятельности общественного совета и показатели к каждому критерию.

Определение эффективности деятельности общественного совета может служить основанием для изменения работы общественного совета, ротации членов общественного совета, расформирования общественного совета.

Критерий должен определяться как точка зрения, с которой можно оценивать эффективность деятельности общественного совета.

К каждому критерию задается система показателей. Показатели должны обеспечивать возможность оценить соответствие деятельности общественного совета критерию. Показатели должны быть заданы таким образом, чтобы оценка проводилась на основании объективных свидетельств (анализа документов), а не субъективных мнений.

Пример системы оценки эффективности деятельности общественного совета при региональном органе здравоохранения или при территориальном органе Росздравнадзора

Критерий А

Качество формирования повестки дня заседаний общественного совета

Показатель 1

В повестках дня заседаний общественного совета в течение года присутствуют вопросы по вновь открывшимся проблемам.

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании сопоставления плана работы общественного совета на год и протоколов заседаний совета в течение года.

Комментарий

Показатель позволит понять, насколько гибко общественный совет реагирует на потребности целевой группы и проблемы системы здравоохранения. Важные вопросы системного характера, не вошедшие в план заседаний на год, должны появляться в повестке дня заседаний не в разделе «Разное», а в качестве основных вопросов.

Критерий Б

Активность общественного совета

Показатель 1

Количество заседаний общественного совета в год – не менее 3-х

Оценка по показателю

Оценка по показателям проводится на основании протоколов.

Показатель 2

Доля присутствующих на каждом заседании общественного совета – не менее 50% членов общественного совета

Оценка по показателю

Оценка по показателям проводится на основании протоколов.

Комментарий

Показатели позволят исключить неработающие советы.

Показатель 3

Доля вопросов, подготовленных к рассмотрению лично членами общественного совета в течение года, – не менее 30%

Оценка по показателю

Оценка по показателям проводится на основании протоколов.

Комментарий

Показатель позволит определить активность или пассивность позиции общественного совета по отношению к органу власти, готовность влиять на конкретные решения.

Критерий В

Результативность работы общественного совета

Показатель 1

Решения по проблемным вопросам имеют конкретный характер, содержат механизм решения проблемы.

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании протоколов.

Комментарий

Показатель позволит определить готовность общественного совета вникать в механизмы деятельности органа власти.

Показатель 2

Доля выполненных решений совета в течение года – не менее 80%

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании сопоставления протоколов и перечня исходящих документов.

Комментарий

Показатель не о том, насколько орган власти выполнил решение (оно носит рекомендательный характер), а насколько общественный совет довел обсуждение до состояния документа (например, составлено письмо) и организовал направление этого документа адресатам.

Показатель 3

Доля вопросов, по которым проведен контроль исполнения рекомендаций органами исполнительной власти, не менее 80%

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании сопоставления протоколов за период года накануне оценки и текущего года.

Комментарий

Показатель позволяет оценить системность работы совета.

Критерий Г

Ориентированность общественного совета на потребности целевой группы

Показатель 1

Доля присутствия НКО пациентов и инвалидов в совете – не менее 50%

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании списка членов совета.

Комментарий

Нет.

Показатель 2

Доля обращений в общественный совет 3 обращения на 100000 населения

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании перечня входящих документов.

Комментарий

Показатель позволяет оценить, насколько целевая группа информирована о деятельности совета. В случае если работа совета эффективна, граждане о нем знают и направляют обращения туда.

Показатель 3

Количество публикаций о деятельности общественного совета в массовых СМИ – не менее 4-х в течение года

Оценка по показателю

Оценка по показателю проводится на основании ссылок на публикации в массовых (не специализированных) СМИ (печатные, радио, ТВ, интернет-издания).

Комментарий

Показатель позволяет оценить, насколько деятельность совета оценивается СМИ как информационный повод.

1.2.4. Общественный мониторинг и независимая оценка социальной помощи (методология и методика социологического исследования)

Усилия государства в сфере социальной поддержки инвалидов требуют постоянного контроля со стороны общества. Система общественного участия в социальной поддержке инвалидов раскрывает возможности общественности включаться в процесс социальной помощи и социальной реабилитации – как контрольными функциями, так и прямыми действиями. Последнее может быть реализовано через такой механизм как общественный мониторинг.

В соответствии с государственными документами (Постановление Правительства РФ от 20.08.2009 № 689, ФЗ «Об общественном контроле ...» и др.), проведение общественного мониторинга как источника получения независимой оценки качества оказания услуг, в том числе и социальной помощи инвалидам является одним из важнейших инструментов общественного контроля и публичного мониторинга качества социальной сферы.

Независимая оценка региональной системы социальной реабилитации инвалидов может осуществляться через участие групп заинтересованной общественности в общественном мониторинге. Он реализуется, в частности, с помощью проведения социологических исследований, в ходе которых проводится изучение качества проводимых в регионе мероприятий по социальной поддержке лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Программа и инструментарий для проведения социологического мониторинга качества региональной системы социальной реабилитации инвалидов

Цель проводимого исследования – независимая оценка представителями общественности системы региональной социальной реабилитации инвалидов.

Задачи исследования:

1. Оценить социально-медицинскую реабилитацию инвалидов в регионе.
2. Оценить социально-бытовую и средовую реабилитацию инвалидов в регионе.
3. Оценить социально-психологическую реабилитацию в регионе.
4. Оценить индивидуальную программу реабилитации.
5. Оценить профессиональную реабилитацию инвалидов в регионе.
6. Оценить правовую реабилитацию инвалидов в регионе.

В ходе исследования предлагается оценить разные составляющие системы социальной реабилитации, сложившейся и функционирующей в регионе. Такую оценку будут давать представители общественности, которые имеют непосредственное отношение к защите прав пациентов с инвалидностью: сами пациенты и члены их семей, представители пациентских НКО (и других социально-ориентированных организаций), призванных агрегировать и артикулировать интересы людей с ограниченными возможностями здоровья. Обозначенные группы общественности на мониторинговой основе будут оценивать доступность и качество получаемых инвалидами реабилитационных услуг.

В рамках первой задачи опрошенным будет предложено оценить следующие составляющие социально-медицинской реабилитации:

- доступность и качество медицинской помощи в специализированных клиниках и центрах по профилю заболевания;

- доступность и качество реабилитационных услуг в санаторно-курортных учреждениях региона;
- доступность и качество медицинской помощи, получаемой инвалидами в лечебных учреждениях по месту жительства инвалидов;
- доступность и качество лекарственного обеспечения (в том числе льготного).

Анализируя социально-бытовую и средовую реабилитацию инвалидов в регионе, участникам мониторинга будет предложено оценить доступность и качество созданной в регионе безбарьерной среды, а именно: передвижения по городу (в том числе на общественном транспорте); походы в магазины, банки и др.; походы в театры, на концерты, выставки; доступность технических средств реабилитации (кресло-коляска, ортопедическая обувь и т.п.).

В рамках социально-психологической реабилитации будет рассматриваться возможность получения инвалидами психологической помощи, поддержки со стороны специалистов-психологов.

Кроме того, в исследовании респондентам будет предложено оценить доступность и удовлетворенность индивидуальной программой реабилитации (ИПР), составленной специалистами бюро медико-социальной экспертизы, реализацию которой контролируют и обеспечивают в социальной службе по месту проживания инвалида.

Под оценкой профессиональной реабилитацией инвалидов в данном исследовании будет пониматься доступность:

- получения профессионального образования для людей с ограниченными возможностями здоровья (среднего и высшего профессионального);
- возможность полной или частичной занятости инвалидов на предприятиях региона;
- возможность трудоустройства на квотируемые рабочие места по направлению государственной службы занятости населения;
- возможность полной или частичной занятости инвалидов на дому;
- возможность трудоустройства на специализированных региональных предприятиях.

Правовой аспект социальной реабилитации инвалидов включает оценку:

- доступности и полноты информации о правах и льготах инвалидов;
- ситуации с нарушением прав инвалидов в регионе.

Кроме того, в рамках исследования предполагается оценить работу региональных структур медико-социальной экспертизы по следующим критериям: квалификация, профессионализм специалистов; оперативность принятия решения об инвалидности; адекватность в принятии решения (справедливость назначения группы инвалидности).

Объекты исследования.

В качестве объектов изучения будут выступать две группы общественности:

- пациенты – инвалиды с неврологическими заболеваниями и их родственники, которые непосредственно включены в систему социальной реабилитации;
- представители государственной системы здравоохранения и социальной защиты, учреждений и организаций, оказывающих социальные услуги, общественных организаций пациентов, которые являются экспертами в проблемах социальной реабилитации.

Методы исследования:

- анкетный опрос с представителями пациентской общественности;
- экспертное интервью с представителями государственной системы здравоохранения и социальной защиты, учреждений и организаций, оказывающих социальные услуги, лидерами общественных организаций пациентов.

**ОБЩЕСТВЕННЫЙ МОНИТОРИНГ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

Анкета

Здравствуйте! Просим Вас принять участие в опросе, посвященном оценке доступности и качества реабилитационных услуг в Самарской области. Анкета анонимна, свою фамилию указывать не нужно. Заполнить анкету довольно легко: выберите подходящий вариант ответа и отметьте его удобным для Вас способом (подчеркните, выделите цветом и др.).

1. Оцените по 5-ти бальной шкале доступность для Вас медицинских услуг (возможность получения медицинской помощи) в следующих лечебных учреждениях:

Дайте, пожалуйста, оценку по каждой строке.

	Недоступно 1.....5	Доступно	Не знаю о таком	Не обра- щался	Трудно сказать
1.1 Доступность медицинской помощи в поликлинике по месту жительства	1...2...3...4...5		96	97	98
1.2 Доступность реабилитационных услуг в санаторно-курортных учреждениях региона	1...2...3...4...5		96	97	98
1.3 Доступность медицинской помощи в Центре рассеянного склероза при областной больнице им.Середавина	1...2...3...4...5		96	97	98
1.4 Доступность медицинской помощи в Нейроцентре «Береза»	1...2...3...4...5		96	97	98

2. Насколько Вы удовлетворены качеством полученных реабилитационных услуг в данных лечебных учреждениях:

Дайте, пожалуйста, оценку по каждой строке

	Совершенно не удовлетворен 1.....5	Полностью удовлетворен	Не обра- щался	Трудно сказать
2.1 Медицинская помощь в поликлинике	1...2...3...4...5		97	98
2.2 Реабилитационные услуги в санаторно-курортных учреждениях региона	1...2...3...4...5		97	98
2.3 Медицинская помощь в Центре рассеянного склероза при областной больнице им.Середавина	1...2...3...4...5		97	98
2.4 Медицинская помощь в Нейроцентре «Береза»	1...2...3...4...5		97	98

3. Что Вас не устроило в полученных услугах? (ЛЮБОЕ количество ответов)

1. качество услуг
2. качество обслуживания, отношение медперсонала
3. длинные очереди у кабинетов
4. нужно долго ждать, чтобы получить услуги
5. далеко от дома
6. высокая стоимость
7. в перечне услуг отсутствуют необходимые мне услуги (напишите, какие):

96- все устроило

97- другое (напишите, что именно):

98- затрудняюсь ответить

4. Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены разными возможностями получения помощи:

Дайте, пожалуйста, оценку по каждой строке

	Совершенно не удовлетворен 1.....5	Полностью удовлетворен	Нет необхо- димости	Не знаю
4.1 Возможностями получать льготные лекарства по профилю заболевания	1...2...3...4...5		97	98
4.2 Возможностями получения тех. средств реабилитации (кресло-коляска, ходунки,	1...2...3...4...5		97	98

ортопедическая обувь и др.)			
4.3 Возможностями получить высокотехнологическую медицинскую помощь (МРТ...)	1...2...3...4...5	97	98
4.4 Возможностями получить консультации психолога в связи с заболеванием	1...2...3...4...5	97	98
4.5 Возможностями получить помощь социального работника	1...2...3...4...5	97	98

5. Оцените, насколько Вы удовлетворены работой Медико-социальной экспертной комиссии:

Совершенно не удовлетворен 1...2...3...4...5 Полностью удовлетворен
98- затрудняюсь ответить

6. Были ли у Вас сложности с получением/ подтверждением группы инвалидности или степени ОСТД (ограничения способности к трудовой деятельности)?

(ЛЮБОЕ количество ответов)

1. МСЭК отказывала в подтверждении группы инвалидности и (или степени ОСТД)
2. требовали собрать множество справок
3. анализы пришлось сдавать за свои деньги
4. нужно было приходить не один раз
5. длинные очереди
6. невнимательное, грубое отношение

96- нет, сложностей не было

97- другое (укажите, что именно):

98- затрудняюсь ответить

99- отказ от ответа.

7. Оцените, насколько на сегодняшний день для Вас доступны мероприятия, процедуры, включенные в Вашу индивидуальную программу реабилитации (ИПР)

Не доступны 1...2...3...4...5 Доступны

96 – такая программа не была составлена

97 - другое (укажите, что именно):

98 - затрудняюсь ответить

8. Оцените, насколько Вы удовлетворены работой учреждения социальной защиты по месту своего проживания (районного Центра социального обслуживания):

Совершенно не удовлетворен 1...2...3...4...5 Полностью удовлетворен

96- не обращался в районный «собес»/Центр социального обслуживания

98- затрудняюсь ответить

9. Оцените, насколько в настоящее время доступны для Вас передвижения вне дома:

Дайте, пожалуйста, оценку по каждой строке

	Не доступно 1.....5	Доступно	В этом нет необходи- мости	Не знаю
9.1 Поездки по городу в общественном транспорте	1...2...3...4...5		97	98
9.2 Посещение магазинов, банков и других учреждений	1...2...3...4...5		97	98
9.3 Посещение театров, выставок, концертов	1...2...3...4...5		97	98

10. Оцените, насколько доступны для Вас возможности обучаться и трудиться:

Дайте, пожалуйста, оценку по каждой строке

	Не доступно 1.....5	Доступно	В этом нет необходи- мости	Не знаю
10.1 Возможность повысить квалификацию, пройти переобучение, получить профессиональное образование (среднее, высшее)	1...2...3...4...5		97	98
10.2 Возможность устроиться на полную или частичную занятость на предприятие	1...2...3...4...5		97	98
10.3 Возможность устроиться на специализированные региональные предприятия для инвалидов	1...2...3...4...5		97	98
10.4 Возможность трудоустроиться на дому	1...2...3...4...5		97	98

11. Оцените полноту и доступность для Вас информации о:

Дайте, пожалуйста, оценку по каждой строке

	Не доступно 1.....5	Доступно	В этом нет необходи- мости	Не знаю
11.1 Правах и льготах, которые Вам положены в соответствии с законодательством	1...2...3...4...5		97	98
11.2 Специфике Вашего заболевания	1...2...3...4...5		97	98

СВЯЗИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ?

- 98- затрудняюсь ответить

(НЕ БОЛЕЕ ПЯТИ вариантов ответов)

- 97 - другое (укажите, что именно):

98- затрудняюсь ответить

НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О ВАС

14. Ваш возраст:

1. 18-30 лет 2- 31-55 лет 3- 55 лет и старше

15. Пол:

1. мужчина 2- женщина

16. Какая у Вас группа инвалидности?

- 1- первая группа 2- вторая группа 3- третья группа

17. В каком году Вы получили инвалидность?

- 1- менее года назад 2- от года до пяти лет назад 3- более пяти лет назад

18. Какой у Вас профиль инвалидности?

- 97- другое (укажите, что именно): _____

19. Ваше образование:

1. начальное
2. неполное среднее
3. общее среднее (10-11 классов)
4. ср.специальное, ср.техническое
5. н/высшее и высшее

20. Есть ли у Вас дети?

- 1- нет детей 2- есть дети, в т.ч. до 18 лет 3- есть дети, все ст. 18 лет

21. С кем Вы живете?

- 1- живу один (одна)
- 2- живу с семьей (мужем/женой, детьми, родителями, др.родственниками)
- 97- другое (укажите, что именно): _____

22. Как бы Вы оценили материальное положение Вас и Вашей семьи? (ОДИН ответ)

1. не хватает денег на самое необходимое
2. на ежедневные расходы хватает, но на покупку одежды уже нет
3. в основном денег хватает, но при покупке товаров длительного пользования (телевизор, холодильник и т. п.) сбережений недостаточно
4. покупка товаров длительного пользования не вызывает затруднений, но покупка квартиры, автомобиля или дорогостоящий отпуск недоступны
5. практически ни в чем себе не отказываю
- 98- затрудняюсь ответить

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА ВАШИ ОТВЕТЫ!

ГИД ИНТЕРВЬЮ ПО ОЦЕНКЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ (общий⁹ перечень вопросов)

Исследование, в котором Вы принимаете участие, посвящено анализу и оценке функционирующей в регионе системе социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья, вопросу вовлечения общественности в процесс социальной поддержки инвалидов, взаимодействию государственной и негосударственной систем реабилитации.

Блок 1. Оценка сложившейся в регионе системы социальной реабилитации

Как известно, система социальной реабилитации состоит из таких элементов, как медицинская, социально-бытовая, профессиональная, правовая реабилитация. Давайте поговорим об этом более подробно.

1. Как бы Вы оценили функционирующую в настоящее время в регионе систему медико-социальной реабилитации?
2. Существует ли в регионе достаточно медицинских учреждений, где инвалид может пройти медицинскую реабилитацию по профилю своего заболевания? Есть ли специальные Центры или больницы со статусом реабилитационных учреждений? По каким профилям?
3. Насколько доступны реабилитационные услуги в разного типа лечебных учреждениях: поликлиниках по месту жительства, специализированных клиниках, центрах, санаторно-курортных учреждениях? Как бы Вы оценили качество предоставляемых там услуг (по каждому типу учреждений)?
4. Как Вы оцениваете ситуацию в регионе с доступностью и качеством лекарственного обеспечения, в том числе и льготного?
5. Доступность высокотехнологической помощи – как Вы оцениваете ситуацию здесь? Насколько реально получить направление на такую помощь? Как люди выходят из ситуации?
6. Безбарьерная среда обитания – Вы лучше меня знаете, как много говорится в том, что нужно делать социальные объекты (улиц, транспорта, учреждений, магазинов, театров и проч.) доступными для инвалидов. Что конкретно делается в вашем регионе, городе? Что должно делаться, чтоб ситуация здесь изменялась к лучшему?
7. Как Вы оцениваете обеспеченность инвалидов техническими средствами реабилитации? Какие проблемы есть здесь? С чем они связаны? Что необходимо для полноценного обеспечения тех. средствами всех нуждающихся?

⁹ Перечень вопросов широкий. Беседа будет проходить по тем вопросам, которые входят в поле деятельности эксперта.

8. Как, на Ваш взгляд, функционирует в регионе система профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья? Как бы Вы в целом оценили ситуацию с занятостью инвалидов? Насколько инвалид сегодня имеет возможность трудоустроиться на предприятия региона с полной или частичной занятостью? Создана ли система занятости на дому?
/ Созданы ли в регионе специализированные предприятия для инвалидов? Насколько успешно они функционируют?
/ Соблюдаются ли в регионе нормы по трудоустройству на квотируемые рабочие места по направлению государственной службы занятости населения?
9. Насколько, на ваш взгляд, сегодня инвалиды осведомлены о своих правах, льготах? Что делается органами государственного управления в вашем регионе для повышения информированности инвалидов в этом вопросе? Что еще необходимо сделать, по Вашему мнению?
10. Как бы Вы оценили деятельность учреждений медико-социальной экспертизы в регионе? Как часто возникают недовольства граждан работой этих учреждений, различные конфликтные ситуации? С чем они обычно связаны? Что нужно сделать, на Ваш взгляд, чтобы повысить эффективность работы этой службы?
11. Что нужно для того, чтобы защитить права инвалидов и создать адекватную систему освидетельствования инвалидности – должно ли что-то измениться в законодательстве, в стандартах работы служб МСЭ?
12. Как бы Вы в целом оценили сегодняшнее состояние системы социальной реабилитации, сложившейся в регионе? Какие положительные моменты можно выделить? Какие изменения необходимо внести, чтобы повысить ее эффективность.

Блок 2. Оценка возможностей общественного участия в региональной системе социальной поддержки инвалидов

13. Насколько, на Ваш взгляд, в регионе развита система негосударственной социальной реабилитации? Есть ли примеры функционирования организаций, учреждений негосударственного сектора в этой сфере? Насколько они успешны? Приведите примеры.
14. Каким образом складывается взаимодействие с общественностью у вас?... В чем выражается это взаимодействие, каков здесь вектор (*вы им/они вам... чем вы полезны для них, чем они для вас*)?
15. Как складывается взаимодействие с Общественным советом? Что привнес ОС в деятельность государственного сектора? *Далее вопросы для секретаря ОС:*
Кто председательствует в Совете? Много ли пациентских организаций входит в Совет? Насколько активны члены Совета? В каком формате происходит работа?
Как Совет взаимодействует с другими советами?
Выкладываются ли где-то в публичном пространстве (на сайте) резолюции заседаний общественного совета?

Чего не хватает общественным советам? Что необходимо для полноценной работы общественных советов?

В чем видите перспективные направления деятельности общественных советов и каковы ближайшие задачи вашего совета?

16. Как Вы считаете, какова роль общественности — пациентских организаций — в организации социальной реабилитации в регионе? Что они могут и должны делать — где их ниша? Какие формы участия общественности необходимы, по вашему мнению?
17. Как могут взаимодействовать государственная система реабилитации инвалидов и третий сектор? Каковы пути вовлечения общественности в организацию реабилитации инвалидов в регионе?
18. Нужно ли, на Ваш взгляд, привлекать общественность для контроля качества и доступности реабилитационных услуг, предоставляемых региональными учреждениями? Повысит ли это эффективность деятельности государственных учреждений?
19. Что нужно сделать, чтобы негосударственный сектор развивался? Что нужно делать, чтобы складывалось конструктивное общение между государственной системой реабилитации инвалидов и общественностью?

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ИНТЕРВЬЮ!

2. НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

2.1. КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Система социальной реабилитации и поддержки, определяющая результативность всего цикла медико-социальной помощи, должна учитывать интересы граждан и может опираться на ресурсы не только государства, но и общественности. Выявление этих ресурсов и отслеживание эффективности внедряемых технологий социальной поддержки – неотъемлемая задача организации медико-социальной реабилитации.

Система общественного участия в социальной поддержке инвалидов раскрывает возможности общественности включаться в процесс социальной помощи и социальной реабилитации – как контрольными функциями, так и прямыми действиями. Последнее может быть реализовано через такой механизм как общественный мониторинг.

Независимая оценка региональной системы социальной реабилитации инвалидов может осуществляться через участие групп заинтересованной общественности в общественном мониторинге. Он реализуется, в частности, с помощью проведения социологических исследований, в ходе которых проводится изучение качества проводимых в регионе мероприятий по социальной поддержке лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Цель исследования

Независимая оценка региональной системы медико-социальной реабилитации инвалидов и выявление ресурсов общественного участия в социальной поддержке.

Задачи исследования:

1. Оценить эффективность региональной системы медико-социальной реабилитации по следующим показателям:
 - 1.1. Доступность и качество реабилитационных услуг в учреждениях.
 - 1.2. Доступность санаторно-курортного лечения.
 - 1.3. Доступность лекарственного обеспечения.
 - 1.4. Доступность высокотехнологической помощи.
 - 1.5. Обеспеченность инвалидов техническими средствами реабилитации.
 - 1.6. Доступность освидетельствования инвалидности.
 - 1.7. Доступность безбарьерной среды обитания.
 - 1.8. Доступность правовой реабилитации.
 - 1.9. Доступность профессиональной реабилитации и возможности занятости.
2. Проанализировать перспективы общественного участия в региональной системе медико-социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования

В ходе исследования была проведена оценка разных составляющих системы социальной реабилитации, сложившейся и функционирующей в регионе, через изучение экспертного мнения и анализ общественного запроса: Такую оценку давали, с одной стороны, пациенты и представители общественности, которые имеют непосредственное отношение к защите прав людей с инвалидностью – представители пациентских НКО (и других социально-ориентированных организаций), призванных агрегировать и артикулировать интересы людей с ограниченными возможностями здоровья. С другой стороны, объектом исследования выступили эксперты в вопросах медико-социальной реабилитации – представители государственной системы здравоохранения и социальной защиты, учреждений и организаций, оказывающих социальные услуги. Обозначенные социальные группы на мониторинговой основе могут оценивать доступность и качество получаемых инвалидами реабилитационных услуг.

Методы исследования:

- анкетный опрос с представителями пациентской общественности;
- экспертное интервью с представителями государственной системы здравоохранения и социальной защиты, учреждений и организаций, оказывающих социальные услуги, лидерами общественных организаций пациентов.

Время проведения и выборка опрошенных

Сбор информации по исследованию проводился в январе – феврале 2016 года. Анкетным опросом, в соответствии с условиями договора с грантодателем, охвачено 100 пациентов Самарской области.

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

В качестве экспертов в исследовании выступили представители Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области, Министерства труда, занятости и миграционной политики Самарской области, Самарского Регионального Центра диагностики и лечения рассеянного склероза и миастении при Самарской областной клинической больнице им. В.Д.Середавина, ГБУ Самарской области «Реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста «Берёза», Самарской региональной общественной организации инвалидов, больных рассеянным склерозом, Самарской городской общественной организации инвалидов, больных рассеянным склерозом, Самарской городской общественной организации инвалидов-колясочников «Ассоциация «Десница» (СГООИК «Ассоциация Десница»)

2.2. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

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

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

Проблемы развития системы медико-социальной реабилитации

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

Системные проблемы развития медико-социальной реабилитации:

1. Отсутствие законодательной базы по организации медико-социальной реабилитации: отсутствие стандартов реабилитации.
2. Сохранение медицинской модели понимания инвалидности в менталитете субъектов реабилитационного процесса и в реализуемой социальной политике.

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

- в системе социальной защиты: система ситуационного сопровождения для инвалидов в учреждениях, модель работы общественных советов под патронажем органов власти несут в себе черты патернализма;
- в НКО инвалидов: традиционная модель существования на государственные дотации крупных НКО, «корифеев общественного движения», воспроизводит иждивенческую позицию в среде благополучателей.

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

Отличительная черта медицинской модели понимания инвалидности – иждивенческий подход к системе помощи, медицинской и социальной.

Сегодня проблема иждивенчества фиксируется в разных сферах жизнедеятельности, из латентной становится явной. Черты иждивенческой позиции присущи не только людям, но и организациям.

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

Региональная система медико-социальной реабилитации – проблемы:

- Формальный подход к составлению и ограниченность индивидуальной программы реабилитации.
- Отсутствие обратной связи по результатам индивидуальной программы реабилитации.
- Отсутствие обстоятельного информирования в ситуации только поставленного диагноза – отсутствие планомерной разъяснительной работы, информирования о заболевании, о внешних ресурсах поддержки.
- Недостаточность специализированных реабилитационных навыков персонала поликлиник и реабилитационных центров.
- Ориентация реабилитации преимущественно на людей с легкой и средней степенью инвалидизации.
 - транспортная проблема недоступности реабилитационных услуг;
 - отсутствие специализированных стационарных учреждений для дневного пребывания людей с высокой степенью инвалидности;
 - неприспособленность учреждений для людей с тяжелой степенью реабилитации – как поликлиник, так и реабилитационных центров (система ситуационного сопровождения для инвалидов в социальных учреждениях не решает задачу безбарьерной среды и воспроизводит медицинскую модель понимания инвалидности).

Амбулаторные медицинские учреждения - проблемы:

- Необходимость долго ожидать получения услуги и недостаточно высокое качество оказания услуг (качество и ассортимент услуг, качество обслуживания) – основные проблемы, которые вызывают нарекание пациентов.
- Ограниченность реабилитационных услуг.
- Физическая труднодоступность услуг для тех, кто ограничен в возможностях передвижения.

Реабилитационные центры – проблемы:

- Невозможность регулярного и своевременного прохождения реабилитации (проблема очередей).
- Отсутствие законодательно определенных норм обеспеченности населения учреждениями.
- Недостаточное обеспечение специализированным оборудованием (постепенно решается в рамках региональной программы, но продолжает оставаться острой).
- Проблема повышения квалификации персонала (в условиях высоких темпов прогресса в медицинских технологиях обучение должно быть постоянным).

Районные службы социальной защиты – проблемы:

- Низкий статус районных служб социального обслуживания: восприятие районных служб социальной защиты как «собесов», которые нужны исключительно для получения материальных благ – путевки, коляски, пособия.
- Низкая востребованность социальных услуг в той форме, в которой они предоставляются.
- Физическая труднодоступность услуг для тех, кто ограничен в возможностях передвижения.

Проблемы доступности санаторно-курортного лечения:

- Долгий период ожидания очереди на путевку.
- Законодательно не урегулированный вопрос периодичности обеспечения путевками.
- Неприспособленность среды учреждений под специфичные запросы инвалидов с ограничениями в передвижении.

Доступность лекарственного обеспечения:

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

Каждый четвертый опрошенный скорее не удовлетворен лекарственным обеспечением – данный факт не позволяет говорить о том, что задача лекарственного обеспечения решена. Этот показатель – один из ключевых для оценки благополучия ситуации в регионе, и его важно отслеживать.

Обеспеченность техническими средствами реабилитации:

Ситуация с обеспечением ТСР по федеральному перечню в Самарской области благополучна благодаря новому порядку и участию области в торгах по закупке техсредств.

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

С проблемами обеспечения ТСР сталкивается каждый четвертый имеющий инвалидность.

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

Доступность освидетельствования инвалидности:

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

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

Барьеры в процедуре медико-социальной экспертизы:

- Отсутствие открытой и доступной информации по шкалам и критериям оценки степени инвалидности. Доступ к этой информации делает ясной процедуру освидетельствования и снимет сомнения и недоверие.
- Отсутствие четких указаний по необходимым для освидетельствования документам.

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

Доступность безбарьерной среды жизнедеятельности:

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

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

Доступность правовой реабилитации:

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

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

Доступность профессиональной реабилитации и возможности занятости:

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

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

Причины низкой эффективности мероприятий по трудоустройству инвалидов

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

- Объективные аспекты проблемы, связанные с ситуацией на рынке труда: отсутствие предложений, адекватных запросам и возможностям инвалидов, – проблему поднимают лидеры НКО.
- Субъективные аспекты проблемы – неготовность инвалидов к труду: низкая мотивация к труду людей с инвалидностью и недостаточная активность общественных организаций, – проблему отмечают представители органов власти.
- Ограничения системы профессиональной реабилитации в сфере социальной поддержки отмечают эксперты из сферы труда и занятости:
 - отсутствие цепочки взаимосвязанных действий, создающих основу для профессиональной реабилитации;
 - отсутствие психологической работы с инвалидами, направленной на формирование готовности и мотивации к труду.
- Низкая активность крупных общественных организаций инвалидов и нежелание брать на себя в посильном объеме задачи психологической реабилитации, профессиональной реабилитации.

Причины низкой мотивации к труду:

- Внутренняя неактивная позиция и заниженные потребности.
- Гиперопека со стороны родственников.

- Страх понижения/лишения группы инвалидности и лишения дополнительного дохода в виде пенсии ввиду политики, проводимой службами МСЭ.
- Незаинтересованность в официальном трудоустройстве ввиду возможности подрабатывать неофициально и получать пособие по безработице.

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

Актуальные задачи в области профессиональной реабилитации:

1. Необходимость индивидуального подхода к организации занятости инвалидов с организацией системы сопровождающего трудоустройства.
2. Пропаганда занятости с широким освещением льгот и преимуществ, предоставляемых как работодателям, так и инвалидам. Популяризация трудовой деятельности, положительных примеров труда инвалидов.
3. Утверждение инвалидов в защищенности их прав относительно группы инвалидности (для ликвидации опасения потерять группу и льготы при выходе на работу).
4. Психологическая работа с самими инвалидами и их близкими – психологическая реабилитация как основа последующей профессиональной.

Проблемы общественного участия в медико-социальной реабилитации:

- Ограничения нормативно-правовой базы – отсутствие стандарта реабилитации (внешний фактор правового характера).
- Бюрократизация крупных НКО, живущих на государственных дотациях, – невысокая активность и воспроизводство иждивенческой позиции в среде благополучателей.
- Дефицит квалифицированных кадров.
- Ограниченное число лидеров общественного движения и дефицит времени у них ввиду необходимости охватить большое поле деятельности. Проблема производства и воспроизводства лидеров в среде НКО пока носит латентный характер, но она требует решения.
- Воспроизводство невысокой активности лидерами общественного движения, аккумулировавшими в своих руках властные полномочия: лидеры НКО сами порождают проблему низкой активности членов своего сообщества, будучи готовы делиться компетенциями, но не будучи готовы делиться властью. Эта проблема пока носит латентный характер, но она рано или поздно проявится, и лучше, если она будет осознана своими «носителями» – это даст дополнительный толчок к развитию общественного движения инвалидов.
- Отсутствие полноценной материально-технической базы у НКО для оказания реабилитационных услуг.

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

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

Системные задачи медико-социальной реабилитации

1. Создание правовой основы – разработка и закрепление на законодательном уровне стандартов медико-социальной реабилитации.
2. Изменение мировоззрения и наращивание человеческого потенциала в государственном и негосударственном секторах: движение должно быть встречным, «выращивать» нужно обе стороны процесса реабилитации, не только благополучателей, но и оказывающих реабилитационные услуги.

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

Государственный сектор, учреждения социального обслуживания – задачи:

- Отход от медицинской модели оказания помощи и изменение характера работы районных учреждений социального обслуживания.
- Повышение качества человеческих ресурсов, работающих в системе медико-социальной реабилитации: развитие личностных качеств, изменение системы мировоззрения персонала (тренинги на развитие личностных качеств, которые, наряду с профессиональными входят в профессиограмму социального работника: эмпатии, «ощущения» как профессиональных качеств).
- Повышение статуса районных учреждений социального обслуживания и статуса социального работника – внедрение мини-технологий и действий, которые бы меняли статус «собесов» и работающего в них персонала.

Негосударственный сектор НКО – задачи:

- Развитие человеческих ресурсов, воспроизводства лидеров (тренинги, семинары, обмен опытом).
 - Ротация кадров, делегирование властных полномочий лидерами.
3. Расширение партнерской зоны в системе медико-социальной реабилитации – совместной деятельности всех субъектов по развитию системы («выращиванию» человеческих ресурсов, созданию технологий, наращиванию материально-технической базы).
- Совместные тренинги учреждений социального обслуживания и НКО инвалидов по проживанию опыта инвалидов и поиску ресурсов решения проблем.

- Совместное творчество в организации культурно-досуговых мероприятий на территории.
 - Сотрудничество в реализации правовой, психологической и др. видов поддержки на территории.
 - Совместная деятельность в осуществлении общественного
 - Включение в профессиональную реабилитацию инвалидов: соединение работодателей с инвалидами, создание рабочих мест и привлечение инвалидов.
4. Перевод людей с инвалидностью из позиции иждивенческой в позицию самообеспечения; с первого момента получения инвалидности нужно выстраивать систему реабилитации таким образом, чтобы формировать «условный рефлекс самостоятельности» - и вся система должна способствовать этому:
- Обучение врачей и специалистов по социальной работе новым позиции и принципам в работе с людьми, ориентированным на возвращение внутреннего потенциала в человеке.
 - Создание информационной пропаганды активного образа жизни в ситуации инвалидности: распространение материалов гуманитарно-информационного характера (включающих разные блоки: (1) стихи, анекдоты, истории жизни, (2) законы, учреждения, адреса, сайты (3) контакты тех, кто готов оказать помощь из числа активистов НКО и др.). Заголовок подобных брошюр должен быть жизнеутверждающ («Точка опоры», «Все зависит от меня»). Задача брошюр – формирование позиции самопомощи и самостоятельности.
 - Популяризация трудовой деятельности с широким освещением льгот и преимуществ, предоставляемых как работодателям, так и инвалидам
5. Полное открытое информационное обеспечение цепочки реабилитации на всех уровнях.
- Повышение информированности – о заболевании, о ресурсах помощи и т.д. – сквозная задача, которая должна пронизывать все структуры реабилитационного процесса, начиная от служб МСЭ, поликлиник и медицинских центров. Информационные материалы (брошюры, памятки, информационный бюллетень для инвалида) должны быть доступны с момента установления диагноза, – тем самым будут существенно снижаться риски психологического напряжения от полученного диагноза и создаваться почва для формирования активной позиции в отношении собственной жизни.
6. Создание непрерывной цепочки действий в системе реабилитации, куда были бы подключены все субъекты, и где бы последовательно предоставлялись возможности для реинтерграции в общество людей, имеющих инвалидность.

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

Направления развития общественного участия в системе медико-социальной реабилитации

Ресурсы государственной системы реабилитации – отличительные особенности:

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

Ресурсы негосударственной системы реабилитации – отличительные особенности:

- интенсивный характер – возможность более внимательно погрузиться в определенную целевую группу по профилю заболевания, по территории;
- меньшая формализованность, более открытый характер взаимодействия;
- индивидуальный подход;
- большая мобильность и гибкость, оперативность в решении частных возникающих проблем.

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

Перспектива развития системы медико-социальной реабилитации на территории – в интенсификации взаимодействия НКО с районными социальными службами, в использовании ресурсов ЦСО пациентскими НКО: приглашение психолога, ведущих кружков на мероприятия НКО позволило бы обеспечить активный спрос на услуги социальных служб.

Ниша НКО в системе реабилитации

Задач НКО в системе реабилитации – это заполнение «пустот», по объективным причинам существующих в государственной системе:

- помощь в соединении человека с государственной системой при получении необходимых медицинских и социальных услуг;
- информационно-разъяснительная работа и правовое просвещение;
- пропаганда философии независимой жизни и личной ответственности;
- социальная реабилитация в текущем постоянном режиме и в неформальных условиях;

- создание негосударственных реабилитационных центров нового формата – т.н. «центров независимой жизни» с инновационными формами работы, с широким спектром услуг реабилитации, а самое главное, - с активным участием самих инвалидов – центров, своей деятельностью наглядно демонстрирующих и отрабатывающих принципы концепции независимой жизни.

Задачи общественных организаций в создании и поддержании системы медико-социальной реабилитации:

- изучение, выявление проблем,
- актуализация проблем для органов власти, медицинского, научного, информационного, некоммерческого и широкого сообществ,
- разработка проектов решения проблемы, привлечение экспертных и государственных ресурсов к поиску способов решения проблемы,
- организация публичного обсуждения найденных решений,
- стимулирование государственного механизма по решению проблем (выделению средств, написанию программ, обучению специалистов, созданию структур, финансированию текущей деятельности),
- методическое катализирующее участие в процессе принятия и осуществления государственного решения (разработка региональной программы, разработка методик и структур, разработка образовательной программы для специалистов, общественное экспертное участие в бюджетном процессе по выделению средств, поиск и предложение государственным структурам лучших специалистов в сфере),
- текущая информационная и организационная поддержка работы системы (оценке качества, доступности и адекватности услуг, организации взаимодействия специалистов и государственных органов с пациентами, информирование о состоянии проблемы о новейших методиках лечения и реабилитации, продвижение самарской модели),
- информационное обеспечение людей с инвалидностью и врачей,
- более широкая и квалифицированная юридическая поддержка,
- психологическая поддержка.

Ресурсы общественных организаций в системе профессиональной реабилитации:

- Помощь в соединении работодателей, которые готовы трудоустраивать инвалидов, и появляются в поле зрения организаций, со службой занятости.
- Информирование работодателей о возможностях государственной поддержки при трудоустройстве инвалидов.
- Направление в Центры занятости инвалидов с уже сложившейся внутренней мотивацией к труду (тех, кто действительно хочет работать).

- Активность в создании рабочих мест (общественные организации могут выступать как работодатели и пользоваться мерами государственной).
- Повышение мотивации к труду, работа с инвалидами и близкими.

Условия для полноценного сотрудничества государства и третьего сектора:

- Открытость к взаимодействию региональных органов управления социальной защиты.
- Активность и компетентность общественных организаций, готовность активно включиться в совместную деятельность.
- Согласование правил работы – важное условие конструктивного обмена.

2.3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

2.3.1. Общая оценка системы медико-социальной реабилитации в Самарской области

Эксперты исследования единодушны в понимании того, что Самарская область является одним из пионеров и лидеров в развитии реабилитационных услуг для инвалидов, пенсионеров. Становление системы реабилитации началось до появления федеральных нормативно-правовых актов (например, когда были приняты поправки к закону по техническим средствам реабилитации, в области уже был свой региональный перечень). В сравнении с другими регионами Самарская область выделяется по таким показателям как:

- Развитая сеть реабилитационных учреждений, наличие уникальных реабилитационных учреждений.
- Обеспеченность техническими средствами реабилитации; количество пунктов проката в области (*«51 пункт проката – это больше, чем во всем ПФО»*).

«Продвинутость» области отчетливо видна «соседям» - со слов экспертов, они постоянно слышат лестные сравнения в адрес области от представителей других регионов.

Новый ориентир в социальной политике, который провозглашается, - это развитие комплексной системы реабилитации инвалидов. В соответствии с этими задачами Министерство социально-демографической и семейной политики планирует разработку федеральных нормативов деятельности по развитию этой системы, по межведомственному взаимодействию. Соответственно в системе медико-социальной реабилитации появляются новые черты (на них указывают представители системы социальной защиты):

- Преемственность в межведомственном взаимодействии достигается за счет согласования работы министерств четырех отраслей: здравоохранения, социальной защиты, образования, труда и занятости. Планируется создание межведомственной рабочей группы и определения порядка такого межведомственного взаимодействия в сфере реабилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов. Представители Министерств здравоохранения, труда и занятости, социально-демографической и семейной политики, здравоохранения входят в Комиссию по делам инвалидов при Губернаторе. Все вопросы, касаемые комплексной реабилитации поднимаются, обсуждаются и разрабатываются планы реализации, в том числе совместные. В ближайших задачах межведомственной рабочей группы закрепление такого межсекторного взаимодействия на нормативном уровне.
- Преемственность в системе реабилитации достигнута в отдельных профилях за счет тесного сотрудничества всех субъектов реабилитации. Так, реабилитация больных рассеянным склерозом – это слаженное сотрудничество кафедры неврологии, медицинского центра рассеянного склероза, полифункционального реабилитационного нейрочентра и общественной организации.

Работники системы социальной защиты более высоко оценивают систему

реабилитации, в то время как лидеры НКО более критичны.

По мнению общественников, несмотря на значительные успехи, система медико-социальной реабилитации находится на начальной стадии развития.

Основная проблема и препятствие в этом процессе – отсутствие нормативной базы для осуществления реабилитационной деятельности. В этой связи вся реабилитация носит эклектичный характер.

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

1. Формальность подхода к составлению и ограниченность индивидуальной программы реабилитации (далее ИПР) – отсутствие комплексного характера, ограниченность реабилитации одним-двумя пунктами, записанными в ИПР (*«иногда проблем несколько, а в ИПР только один пункт – нейроцентр»*).
2. Отсутствие обратной связи по результатам индивидуальной программы реабилитации: необходим регулярный мониторинг полноты и эффективности прохождения всех элементов ИПР (*«через год нужно посмотреть, что сделано, что не сделано, и почему не сделано»*).
3. Доступность реабилитации преимущественно для людей с легкой и средней степенью инвалидизации:
 - неприспособленность учреждений для людей с тяжелой степенью реабилитации – как поликлиник, так и реабилитационных центров (*«для колясочников приспособлен только один специализированный центр, а в ситуации, если нарушения опорно-двигательного аппарата происходят на фоне другого заболевания, в центр по профилю попасть невозможно, т.к. они не приспособлены, нужен ухаживающий»*);
 - транспортная проблема недоступности реабилитационных услуг (*«если он из своей квартиры почти не может выйти, то любая реабилитационная помощь ему ограничена... чтобы на массаж поехать, нужно много усилий, родственников подключать... даже доставка этих пациентов в центр семейной реабилитации требует больших усилий»*);
 - отсутствие специализированных стационарных учреждений для дневного пребывания людей с высокой степенью инвалидности (*«в некоторых странах есть сестринские центры дневного пребывания, где реабилитация, социализация, а вечером родственники забирают»*).
4. Отсутствие обстоятельного информирования в ситуации только поставленного диагноза – отсутствие планомерной разъяснительной работы, информирования о заболевании, о внешних ресурсах поддержки (*«иногда у пациентов со стадией болезни спрашиваем, а вы знаете, что есть такая общественная организация, а они не знают»*).
5. Проблема недостаточных специализированных реабилитационных навыков персонала поликлиник и реабилитационных центров (*«в ситуации нарушения тазовых функций есть методики и психологической поддержки, тренировки условного рефлекса – тренировки биологической обратной связи – но далеко не все реабилитологи и врачи знают об этом»*).

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

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

2.3.2. Доступность и качество реабилитационных услуг в учреждениях

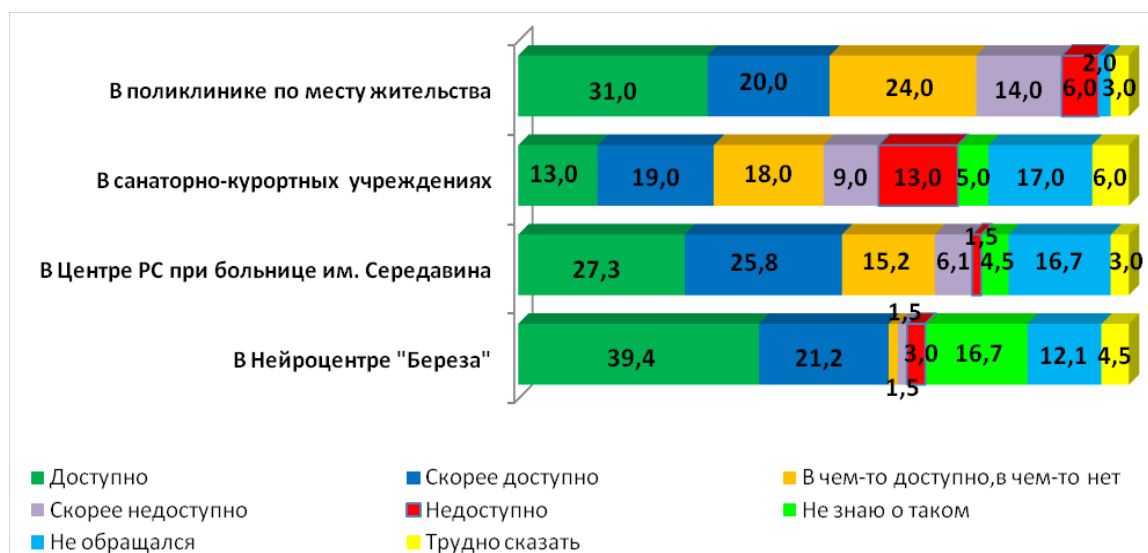
Общая оценка качества услуг, оказываемых в реабилитационных учреждениях, довольно высока. Эксперты здесь ссылаются на результаты независимой оценки качества услуг, проводимой в регионе с 2013 г.: в рамках нее 95% опрошенных дают высокие оценки.

По данным нашего опроса, оценки доступности медицинских услуг в поликлинике по месту жительства довольно высоки. Каждый второй считает их доступными, еще четверть опрошенных дали общую нейтральную оценку. Доля считающих медицинские услуги в поликлинике скорее недоступными – одна пятая в общей массе опрошенных.

Оценки доступности санаторно-курортного лечения несколько ниже – здесь больше доля тех, кто не по тем или иным причинам не был в санатории.

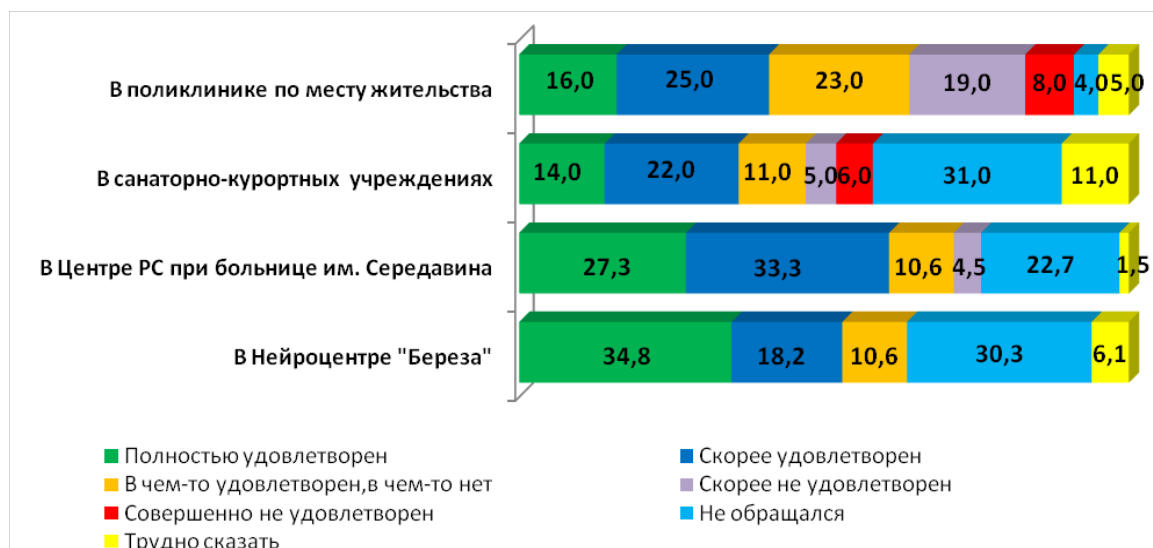
Доступность реабилитационных центров неврологического профиля, по результатам опроса, весьма высока – положительные оценки доступности Центра РС при областной больнице и нейроцентра «Береза» дали 53 и 60% опрошенных с неврологическим диагнозом соответственно, доля отрицательных оценок – менее 8%.

Диаграмма 1. Оценка доступности медицинской помощи в учреждениях области



Качество оказываемых услуг в медицинских и социальных учреждениях оценивается, в целом, достаточно высоко. Более критичные оценки получили санаторно-курортные учреждения, более высокие – Центр рассеянного склероза при областной клинической больнице и Нейроцентр «Береза».

Диаграмма 2. Оценка качества медико-социальных услуг в учреждениях области

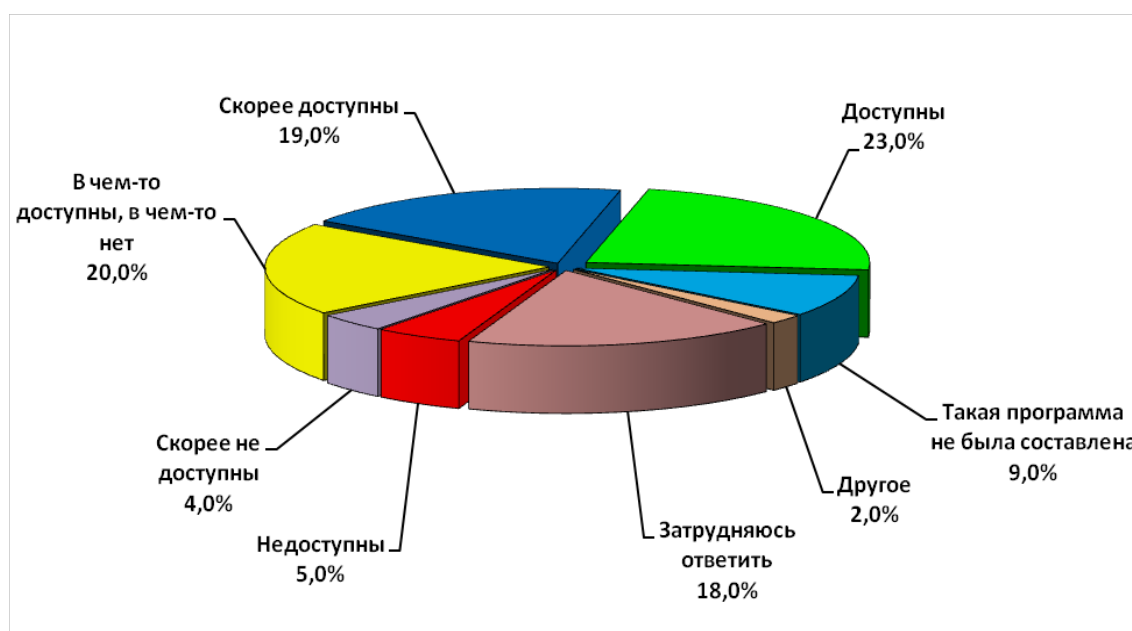


Оценка доступности мероприятий, включенных в ИПР, по данным опроса, довольно высока: положительные оценки существенно превышают отрицательные. Однако за высокими оценками в данном случае, скорее, стоит низкая информированность о современной модели ИПР и ее возможностях: люди имеют слабое представление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

Основные задачи реабилитационных учреждений – обучение персонала и оснащение современным оборудованием. Реабилитационная индустрия развивается быстрыми темпами. Поэтому обучение должно проводиться ежегодно. На сегодня такой системы не выстроено.

Задача обучения сегодня отчасти решается через обмен опытом. Внутри ведомства налажено регулярное взаимодействие учреждений медико-социальной реабилитации: согласно плана, по определенному графику в тех или иных учреждениях проводятся мастер-классы, лекции, консультации, обмен опытом, куда приглашаются специалисты центров социального обслуживания, реабилитационных учреждений.

Диаграмма 3. Оценка доступности мероприятий, включенных в ИПР.



Мероприятия по обучению специалистов, по оснащению реабилитационных учреждений предусмотрены в государственной программе «Доступная среда» РФ: в ней предусмотрено финансирование субъектов, субъект будет должен разработать аналогичную программу, предусмотреть определенные средства, подтверждение софинансирования федерального бюджета. Эти целевые деньги будут направляться на оснащение, оборудование реабилитационных учреждений на обучение специалистов. У регионов большие ожидания от этой государственной программы: *«Мы на это очень рассчитываем».*

Поликлиники

В получении медицинских услуг в амбулаторных районных медицинских учреждениях люди с инвалидностью находятся в равных правах с остальными гражданами. Однако не в равных возможностях.

Проблемы качества медицинских услуг в поликлиниках те же, что и у остальной массы населения. Опрос показывает, что нарекания в адрес медицинских услуг в поликлиниках остаются традиционными:

1. Временной фактор – необходимость ожидать получения услуги (своей очереди у кабинета или направления к специалисту) – остается «камнем преткновения» для посетителей поликлиник (72% ответов).
2. Качество услуг, качество обслуживания, отсутствие необходимых услуг – проблема качества является второй по значимости (50% ответов).
3. Транспортная проблема – затруднения в том, чтобы добраться до поликлиники – проблема, актуальная для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (23% ответов).
4. Высокая стоимость (16% ответов).

Из перечня актуальных ушла проблема получения талонов к узким специалистам – возможно, это свидетельство того, что технология электронной записи к специалистам в Самарской области «заработала».

Диаграмма 4. Ответы на вопрос, «Что Вас не устроило в полученных услугах?»



Проблемы медико-социальной реабилитации в поликлиниках

1. Ограниченность реабилитационных услуг. Реабилитационные ресурсы поликлиники ограничены в большинстве случаев физиопроцедурами и массажем. На восстановление мелкой моторики, восстановление функции вестибулярного аппарата ни специалистов, которые этим занимаются, ни оборудования практически нигде нет.
2. Ограниченность физической доступности.

Вопрос физической доступности услуг поликлиник для инвалидов встает более остро. Если человек с инвалидностью физически дееспособен, он может ходить на занятия по реабилитации сердечнососудистой системы и т.д. Однако в ситуации ограничений в передвижении человек не пойдет в поликлинику, которая не приспособлена под его особенности (*«в которой невозможно передвигаться, в туалет сходить, это большая проблема», «ради массажа или физиопроцедуры столько добираться, родных организовать – сложно это»*).

На сегодняшний день вопрос отсутствия физической доступности социальных учреждений решается через создание службы ситуационной помощи (в каждом учреждении есть ответственный за оказание ситуационной помощи). Однако, по мнению активных представителей инвалидов-колясочников, введение такого персонала не снимает задачу организации доступной среды (*«я противник таких служб, потому что создадут службу, она будет якобы работать, а кто будет создавать доступную среду»*).

Активные люди с инвалидностью сегодня ориентированы на самостоятельность жизнедеятельности. Поэтому их позиция: *«Создайте нормальные условия доступности и не надо будет никакой ситуационной помощи»*.

Специализированные реабилитационные центры

Направление в реабилитационные центры прописано в индивидуальной программе реабилитации (ИПР): в бюро медико-социальной экспертизы при прохождении человеком освидетельствования оценивают все показания и противопоказания и определяют необходимость того или иного реабилитационного лечения.

В каждом реабилитационном центре имеется свой набор услуг с учетом нозологии, которые человек может получить в течение 21-дневного курса. Здесь предусмотрены социально-бытовые услуги, социально-психологические, социально-педагогические, социально-юридические, экономические, услуги по медицинской реабилитации. В отличие от медицинских центров, реабилитационные центры нацелены на поддерживающую терапию и восстановление. Реабилитологи, социальные работники, психологи работают во взаимосвязи. Среди методов реабилитации ЛФК, массажи, гирудотерапия, тренажеры (для пальчиковой гимнастики, для сгибания/разгибания суставов и др.).

По словам экспертов от системы социальной защиты, шкала определения реабилитационного потенциала и результатов реабилитации достаточно гибкая: если специалисты учреждения видят, что человек в процессе курса реабилитации достиг каких-то результатов и их необходимо закрепить, то решением комиссии по контролю качества учреждения определяется необходимость продления курса реабилитации, либо даются рекомендации на повторный курс через какой-то интервал. Существуют наиболее показательные случаи, когда в центр реабилитации человек приезжал на коляске после травмы, а после нескольких курсов реабилитации и длительных занятий, переходил на трость.

В Самарской области действует более 20-ти профильных реабилитационных центров для взрослых и детей. Все учреждения имеют медицинскую лицензию. Это центры, которые специализируются на реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний, от травм опорно-двигательного аппарата, реабилитацию инвалидов с неврологическими заболеваниями. В т.ч. есть уникальные реабилитационные центры, не имеющие аналогов в нашей стране.

Для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата в области действует реабилитационный центр «Преодоление». Здесь проблема доступности стоит не так остро, как например в ситуации с неврологическими заболеваниями, ибо потенциальный контингент этого центра сравнительно меньше. Качество услуг в Центре оценивается общественниками как достаточно высокое. Также положительные оценки получил коллектив Центра.

Реабилитационные центры для больных рассеянным склерозом (далее РС), существующие в области, не имеют аналогов. С одной стороны, это специализированный реабилитационный центр медицинского уклона – Центр рассеянного склероза (Центр РС) при областной клинической больнице. Доступность этого центра относительна: в него направляют, в первую очередь, больных из области, в отношении пациентов из Самары действует правило: *«у вас есть свои больницы, районные идите, лечитесь, мы областная больница»*. В то же время городские районные стационары не предназначены для оказания специализированной реабилитационной помощи больным с РС (*«они не имеют ни специалистов, ни оборудования, ни знаний, ни умений, ни желания»*).

Другое важное звено в системе реабилитации больных РС в области – полифункциональный нейроцентр «Береза» комплексной реабилитации инвалидов с неврологической патологией и демиелинизирующими заболеваниями (ГБУ Самарской области «Реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста «Берёза»). Нейроцентр обеспечивает проведение комплексного и непрерывного реабилитационного процесса на протяжении 21 дня заезда. Для каждого пациента составляется индивидуальная программа реабилитации, которая находится в преемственности с предыдущими этапами лечения. Основные направления реабилитации в ПНЦ: социально-психологическая (психотерапия индивидуальная и групповая и др.), социально-медицинская (физиореабилитационные услуги и др.), социально-бытовая (социально-бытовые услуги, обучение навыкам самообслуживания).

Нейроцентр заключил договор о сотрудничестве с самарскими общественными организациями больных рассеянным склерозом, по которому ежегодно формируется профильный заезд. Помимо профильного заезда в течение года в порядке «живой» очереди пациенты получают путевки: посещение нейроцентра обязательный пункт ИПР. Пациенты предпочитают попасть в профильный заезд, ибо здесь дополнительно «срабатывает» социальный фактор: *«это хорошая возможность собраться всем вместе, попасть в «свою» среду, где на тебя не будут коситься»*.

Нейроцентр рассчитан более чем на 70 коек. Безусловно, его масштабы не покрывают полностью потребность в реабилитационных услугах больных рассеянным склерозом. Однако это уже очень большое достижение в организации реабилитационной помощи, и хороший пример для распространения в другие регионы.

Проблемы реабилитационных центров

7. Проблема доступности, очередей (доля направляемых первично в очередях, по оценкам, колеблется в пределах 30-36%).
8. Проблема обеспеченности специализированным оборудованием (постепенно решается в рамках региональной программы, но продолжает оставаться острой, на нее указывают работники центров).
9. Проблема повышения квалификации персонала (в условиях высоких темпов прогресса в медицинских технологиях обучение должно быть постоянным).

Причины низкой доступности реабилитационных центров:

- зависимость системы социальной защиты от эффективности работы бюджетной сферы;
- отсутствие законодательно определенных норм обеспеченности населения учреждениями – отсутствие зафиксированных в НПА рекомендаций, на какую численность потенциального контингента/населения должно быть рассчитано реабилитационное учреждение. По словам экспертов из Министерства, с 2017 г. в государственной программе «Доступная среда» РФ планируется разработка нормативной базы, но пока вот таких стандартов нет.

В системе социальной защиты Самарской области сделаны первые шаги по решению проблемы очередей в реабилитационные центры – преимущество предоставляется:

- в ситуации первичного установления инвалидности, когда реабилитационный потенциал человека наиболее высок (тогда он имеет право на получение направления в реабилитационный центр без очереди);
- в ситуации обострения заболевания при направлении в медицинский Центр РС при областной клинической больнице.

Центры социального обслуживания

После установления инвалидности и составления индивидуальной программы реабилитации человек направляется в районную социальную службу – Центр социального обслуживания. Здесь он ставится на учет для получения технических средств реабилитации или для направления в реабилитационное учреждение. При необходимости для «новичков» проводится обучение пользованием техническими средствами реабилитации, социально-бытовой адаптации. Если это тяжелобольной, то формируется мультидисциплинарная бригада, куда входят представители здравоохранения, которая выезжает на дом и помогает обустроить быт; либо привлекаются родственники и проводится обучение родственников в школе реабилитации и ухода. Кроме того, в центрах социального обслуживания представлен определенный спектр реабилитационных услуг, есть возможность получить психологическую и юридическую помощь.

Оценивая эффективность работы районных социальных служб, нужно отметить, что с задачей обеспечения техническими средствами реабилитации и направления в реабилитационные центры и санаторно-курортные учреждения они справляются – эта система, в целом, отлажена.

В остальных вопросах обращаемость в районные социальные службы людей с инвалидностью невысока.

Причины низкой эффективности районных социальных служб в организации социальной реабилитации:

1. Проблема транспортной доступности для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Субъективные факторы, лежащие в основе невысокой популярности социальных служб среди населения. Прежде всего, это менталитет населения: низкая мотивация вовлекаться в социальную деятельность, неготовность обращаться за психологической помощью во внешнее окружение.
3. Устойчивое восприятие Центров социального обслуживания как службы для получения исключительно материальных благ (путевку в санаторий, коляску и проч.). У ЦСО сформирован определенный устойчивый образ: в народе их до сих пор называют «собесами». Социальный функционал и потенциал Центров социального обслуживания остается малоизвестен, их образ стереотипен, а потому малопопулярен (*«у них есть какие-то кружки, занятия... не помню, давно к ним не обращался»*).

Высокие, по данным опроса, оценки Центров социального обслуживания, возможно, в своей основе имеют несформированные ожидания от этой службы; Центр социального обслуживания традиционно воспринимается как «собес», куда обращаются за материальной помощью в той или иной форме.

По данным опроса, фактическое «потребление» услуг психолога и социального работника остается невысоким: к психологу не обращался и затрудняется в оценке его необходимости каждый второй опрошенный. Доля не посещавших и не ответивших на вопрос о необходимости социального работника еще больше (61%). Что стоит за этими цифрами – российский ли менталитет, стереотип ли в отношении «собеса», или цифры эти отражают естественную потребность в социально-психологических услугах, – вопрос требует дальнейшего изучения и наблюдения.

2.3.3. Доступность санаторно-курортного лечения

Система обеспечения санаторно-курортным лечением в системе социальной защиты населения функционирует по «накатанной схеме». В 2010 году в регионы были переданы федеральные полномочия по обеспечению техническими средствами и санаторно-курортным лечением. Органом, ответственным за это направление, определено Министерство социально-демографической и семейной политики. И в рамках 178 ФЗ происходит обеспечение федеральных льготополучателей путевками на санаторно-курортное лечение. Министерство имеет договоры на оказание санаторно-курортных услуг с учреждениями по стране (*«от санатория «Сергиевские минеральные воды» у нас до санатория «Автодорожник» в Крыму»*). В среднем, ежегодно в Самарской области выделяется порядка 115-120 миллионов на обеспечение льготников, на эти средства есть возможность закупить порядка 5-6 тысяч путевок, при этом нуждаемость составляет порядка 25 тысяч.

Период ожидания своей очереди на получение путевок, по словам представителей общественности, – в среднем, 5 лет.

Проблема низкой доступности санаторно-курортного лечения имеет место не только в Самарской области, это проблема всей страны. На сегодня законодательно не урегулирован вопрос периодичности обеспечения федеральных льготополучателей путевками на санаторно-курортное лечение. В законе нет прямых указаний на интервал (ежегодно, раз в год или др.), все завязано на социальный пакет, от которого человек имеет право отказаться в пользу ежегодной денежной выплаты. Существует методика определения средств, выделяемых на субъект, где расчеты идут из количества льготополучателей, которые получают льготы либо в натуральной либо в денежной форме. И предполагается, что не все из них нуждаются в санаторно-курортном лечении, не у всех есть на то показания. Методика расчета основывается на том, что пакет льгот в денежном выражении составляет для человека 1000 рублей в год, которые и выделяются на путевку (1000 руб. умножаются на количество инвалидов и определяется итоговая сумма). А человек претендует на путевку стоимостью 20 000 рублей. Таким образом, нехватка денежных средств является обусловленной методикой расчета, заложенной в основу объемов финансирования. Такое объяснение дают представители органов власти.

Выход из создавшейся ситуации, по мнению экспертов, в пересмотре методики либо в установлении интервала санаторно-курортного лечения раз в 2-3 года. в ситуации с неврологическими заболеваниями По словам экспертов, такие предложения поступали не только от Самарской области, но и от других регионов РФ.

Качество услуг в санаторно-курортных учреждениях различается. Острой проблемой является неприспособленность среды многих учреждений под специфичные запросы инвалидов с ограничениями в передвижении: *«в некоторых санаториях этот вопрос решается, в Сергиевске этот вопрос решен, в «Автомобилист» в Геленджике все условно доступно, туда приезжают на колясках, но обедают в номере, физкультурой занимаются, где попало, попасть в спортивные залы невозможно, как и в столовую и т.д.»*.

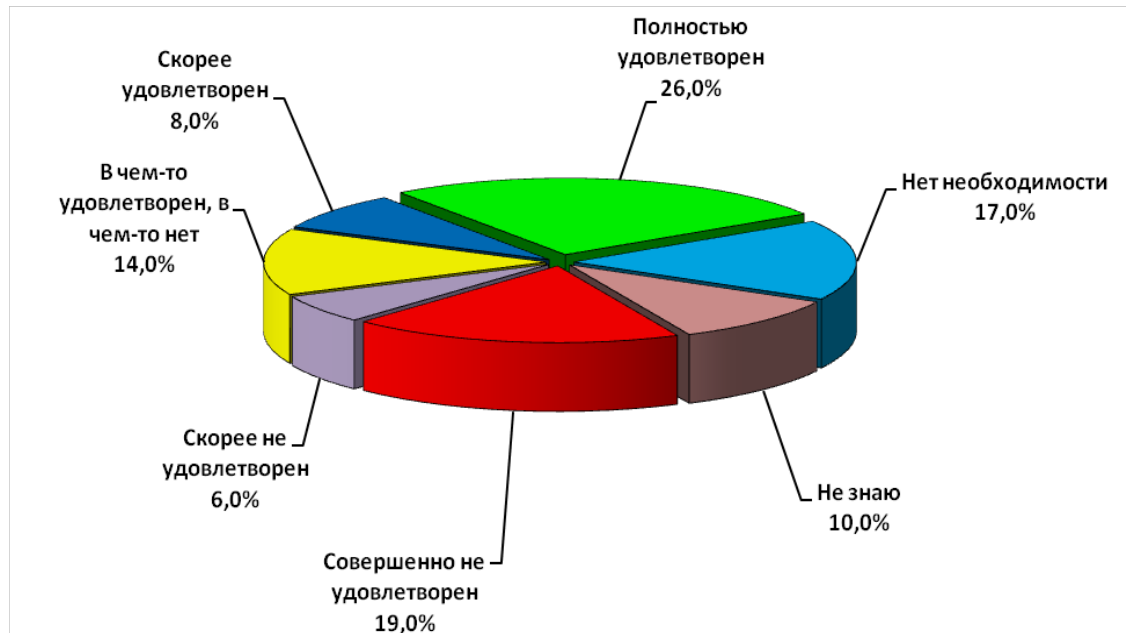
2.3.4. Доступность лекарственного обеспечения

Процесс обеспечения льготными лекарствами по федеральному списку в области отлажен, особых нареканий в этот адрес не поступает.

Сложности возникают при обеспечении льготными лекарствами по региональному списку: *«иногда пациенты по федеральной программе получают уколы интерферона, а из дополнительных препаратов, например кислота, расслабляющая мышцы и т.д., то получает, то не получает или вообще не знает, что эти препараты в поликлинике есть, то их прокапают или в связи с очередями не могут туда добраться».*

Анкетный опрос в оценках лекарственного обеспечения, в целом, подтверждает мнения экспертов: общая «чаша весов» перевешивает в сторону положительных оценок. Однако факт, что каждый четвертый опрошенный скорее не удовлетворен лекарственным обеспечением, не позволяет говорить о том, что задача лекарственного обеспечения решена. Этот показатель – один из ключевых для оценки благополучия ситуации в регионе, и его важно отслеживать.

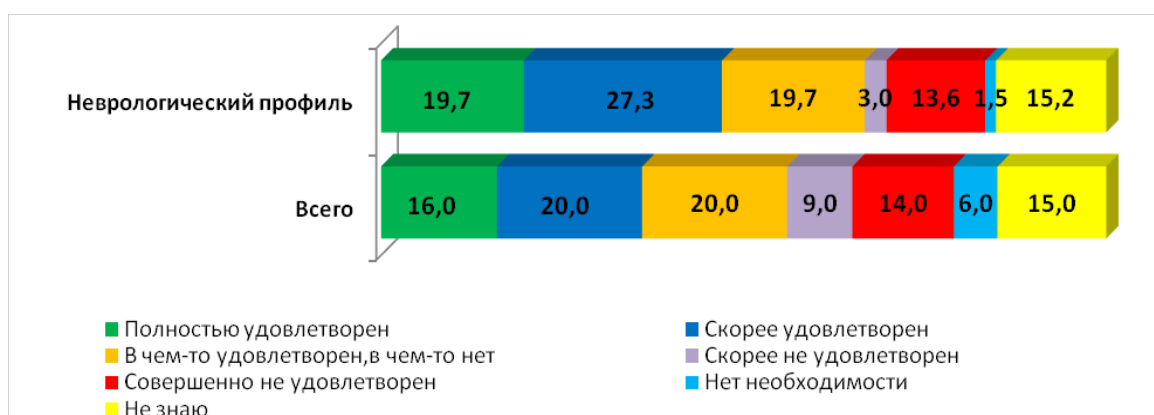
Диаграмма 5. Удовлетворенность льготным лекарственным обеспечением



2.3.5. Доступность высокотехнологической помощи

По данным опроса, в оценке доступности высокотехнологической помощи положительные оценки перевешивают отрицательные. В группе опрошенных неврологического профиля эти оценки еще выше, чем в среднем по выборке.

Диаграмма 6. Оценка доступности высокотехнологической помощи всех опрошенных и имеющих неврологический профиль



Данные опроса подтверждают оценки экспертов: задачи обеспечения инвалидов высокотехнологической помощью начинают постепенно решаться. В частности, процесс прохождения МРТ больными РС — основная высокотехнологичная процедура в этом заболевании — отложен, нареканий на его счет не поступает.

Сравнительно редкие виды высокотехнологической помощи менее доступны, как и для общей массы населения. Пациенты здесь используют те же личные стратегии выхода из положения, при наличии на то ресурсов: платят деньги.

2.3.6. Обеспеченность инвалидов техническими средствами реабилитации

В части обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации субъекты РФ, с одной стороны, реализуют федеральные полномочия, с другой стороны, существует региональный перечень технических средств реабилитации за счет средств областного бюджета.

В свое время в Самарской области были сложности с получением техсредств реабилитации. По словам экспертов, эти времена остались в прошлом. По федеральному перечню вопрос решен полностью. Положенные коляски люди получают; с установленной регулярностью (раз в пять лет) они подлежат замене. Если в силу каких-то причин коляску невозможно получить сейчас, есть возможность обратиться в прокат; цены на услуги проката довольно социальные (например, стоимость проката кресла-коляски в месяц составляет 50 рублей).

Существенный положительный момент в процедуре обеспечения техсредствами реабилитации – индивидуальный подход, которого придерживаются работники центров социального обслуживания при составлении заявки на техническое средство. Речь идет о колясках: инвалиды-«колясочники» подчеркивают, что им подбирают коляску с учетом их потребностей (спрашивают, какая нужна, активного типа, с электроприводом и проч.). Такая ситуация стала возможна благодаря новому порядку обеспечения техсредствами по федеральному перечню, участию области в торгах по закупке колясок.

Ситуация с обеспечением техсредствами реабилитации по региональному перечню не такая благополучная, здесь сохраняются очереди, *«где-то бывает пациенты годами ждут своих тростей, ситуация неровная»*.

Другая проблема, на которую указывают врачи, – отсутствие возможности приобретения узкоспециализированных средств реабилитации: самоходные коляски, наколенники, ортопедические протезы (*«если у человека стопа висит, протез мог бы скорректировать и дать возможность ходить, не привлекая излишнего внимания»*). Этот перечень достаточно широк, в каждом профиле есть свои нюансы и средства реабилитации, которые известны специалистам, и которые могли бы существенно облегчить состояние людей.

В рамках анкетного опроса задавался вопрос об обеспеченности техническими средствами реабилитации. Доля положительных оценок здесь превышает долю оценок негативных. Среди опрошенных встречались единицы, кто указывал на то, что то или иное средство до сих пор не получено. В данном случае важно держать в поле зрения ту часть людей с инвалидностью, которые не удовлетворены: сегодня таких в исследовании оказалось четверть, а это немало.

Диаграмма 7. Удовлетворенность возможностями получения тех. средств реабилитации

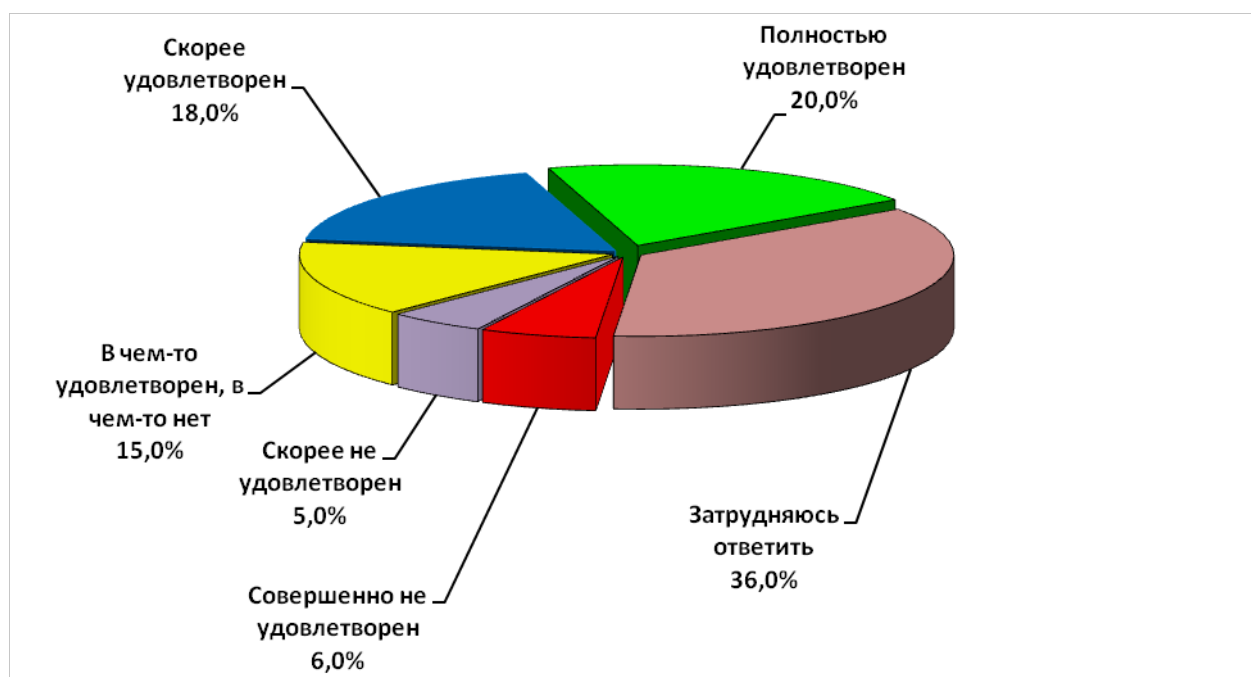


Таким образом, расширение перечня технических средства реабилитации – задача, которая продолжает оставаться актуальной.

2.3.7. Доступность освидетельствования инвалидности

Острота проблем с освидетельствованием, существовавшая несколько лет назад, когда по всей стране инвалиды говорили о дискриминирующей политике служб МСЭ по занижению инвалидности, существенно уменьшилась. Это подтверждают и результаты опросов, и экспертные оценки. По данным нашего исследования, негативные оценки в адрес служб МСЭ высказало всего лишь 11% опрошенных.

Диаграмма 8. Удовлетворенность работой МСЭК



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

Снижению напряженности в отношении со службами МСЭ во многом способствовал переход на международные шкалы оценки степени инвалидизации (*«прежде применялись шкалы, которые знали только специалисты МСЭК, но не знали врачи»*).

На сегодняшний день в Самарской области, по оценкам экспертов от общественности, учреждения МСЭ становятся более открыты для взаимодействия и с системой социальной защиты, и с НКО (*«Они вполне нормально на контакт идут, мы давно сотрудничаем»*).

Формы взаимодействия служб МСЭ, учреждений медико-социальной реабилитации и общественности:

- Общие лекции для специалистов МСЭК, реабилитационных центров с приглашением общественности.
- Встречи общественности с представителями МСЭК в реабилитационных центрах. Центры реабилитации могут приглашать представителей МСЭК для встречи с инвалидами – в частности, такую практику проводит нейроцентр «Береза»: в рамках профильного заезда больных РС представители бюро приглашались в Центр на тематическую встречу, отвечали на вопросы – данная встреча была плодотворной, учитывая, что в профильном заезде принимают участие заинтересованные в диалоге активисты местной общественной организации больных РС.

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

- Отсутствие открытой и доступной информации по процедуре освидетельствования – по шкале оценки степени инвалидности. Если общественная организация будет знать критерии, по которым определяется группа инвалидности (*«столько-то прошел без палочки – это столько-то баллов, и т.д.»*), это сделает ясной процедуру освидетельствования и снимет сомнения и недоверие.
- Отсутствие четких указаний по необходимым для освидетельствования документам (*«одно время МСЭК любила, чтобы у человека свежее МРТ было, даже если болеет давно, и необходимость в МРТ нет... или чтоб он только что из стационара был выписан неврологического... сейчас чуть спокойнее к этому относятся – требования меняются, мы подстраиваемся»*).

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

2.3.8. Доступность безбарьерной среды жизнедеятельности

Оборудование социальных учреждений с учетом доступности среды

В Самарской области с 2001 года разрабатываются программы, направленные на создание доступной среды и жизнедеятельности для маломобильных групп населения. По оценке представителей органов власти, за первые 10 лет был сделан хороший первый шаг по распространению культуры безбарьерной среды жизнедеятельности: *«мы учили жителей области, органы и исполнительный власти, что такое доступная среда, проводили акции, начали оборудовать объектов»*. В 2011 году была принята государственная программа РФ «Доступная среда», аналогичная программа была разработана на территории Самарской области в продолжение тех программ, которые действовали с 2001 года. С 2013 года субъекты РФ стали со-финансироваться из федерального бюджета, и в области произошёл значительный рост в количестве оборудованных объектов с учетом доступной среды жизнедеятельности. В 2013 году также был разработан ряд методических рекомендаций федерального Министерства труда и социальной защиты по формированию доступной среды жизнедеятельности. Эти изменения существенно ускорили работы, *«работа пошла вперед семимильными шагами»*.

В Самарской области сформирован перечень приоритетных объектов по программе «Доступная среда»; он составляет 1980 объектов, это один из самых больших перечней среди регионов РФ. Каждый объект паспортизирован: на него составлена анкета и паспорт доступности – таким образом, известно, что необходимо сделать, чтобы объект был доступным. На сегодняшний день 45% объектов из этого перечня оборудовано с учетом доступности. В этот перечень включены все социальные сферы: здравоохранение, социальная защита, спорт, труд и занятость, образование; у каждого ведомства есть свои приоритеты по созданию доступной среды. Данный перечень формировался по предложениям общественных организаций инвалидов и был утвержден на Комиссии по делам инвалидов при Губернаторе Самарской области. Пандусами начинают оборудоваться учреждения общественного пользования. Пандусы появились в городских отделениях Сбербанка.

Министерство социально-демографической и семейной политики области ведет активную работу с представителями бизнес структур по привлечению их к этой деятельности. В 2016 г. планируется проведение новой акции по привлечению к этой проблеме бизнеса и оборудованию зданий, где расположены магазины, оказываются социальные услуги населению (парикмахерские, юридические, др.).

Создание службы сопровождения в социальных учреждениях

Создание службы сопровождения в социальных учреждениях – новое направление деятельности Министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области. Оно развивается в тесном сотрудничестве с общественными организациями. В 2015 г. Министерство совместно с Ассоциацией «Десница» провело обучение представителей органов исполнительной власти, как необходимо оказывать услуги сопровождения инвалиду на объекте социальной инфраструктуры. Смысл этого сопровождения следующий: в каждом учреждении здравоохранения, образования, социальной защиты, назначается обученный специалист, который отвечает за инвалида на территории учреждения. Он обучен, как оказать помощь для того, чтобы инвалид в максимально короткие сроки получил необходимую услугу без всяких препятствий.

С начала 2016 г. Министерство проводит оценку эффективности обучающих мероприятий, собирая информацию о том, назначены ли сопровождающие на каждом социальном объекте, обучены ли они, проинструктированы.

Транспортная доступность

Один из аспектов вопроса организации доступной среды жизнедеятельности – транспортная доступность. В 2015 г. была разработана дорожная карта доступности до 2030 года, где запланирован ряд мероприятий, направленных на доступность среды. Дорожная карта размещена на всех информационных ресурсах, её можно посмотреть. Аналогичные карты были созданы в каждом муниципалитете Самарской области, Министерство проводило в муниципалитетах разъяснительную работу и обучение.

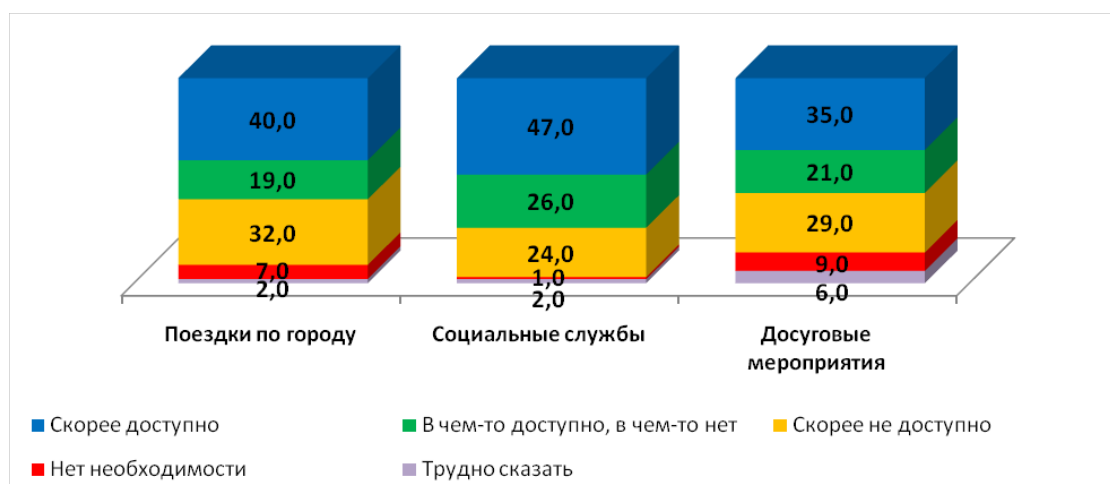
Другая форма организации транспортной доступности – социальное такси, функционирующее в Самаре. Само по себе, это нововведение крайне важно. Однако, по мнению экспертов из числа общественности, оно не до конца продумано, и возможности пользоваться им ограничены двумя факторами. Первый – узкие временные рамки его работы: только рабочие дни с 9 до 17 часов. Соответственно, любые культурно-массовые мероприятия, которые организуются пациентскими НКО в праздничные дни и вечерами, оказываются недоступны инвалидам. Второй ограничительный фактор – исключительно индивидуальный характер заключения договоров при пользовании социальным такси. Договор составляется напрямую с пациентом; в ситуации культурно-массовых мероприятий, когда нужно привезти и отвезти 20-30 и более человек, общественная организация как юридическое лицо, заключить этот договор не может. В прежние годы высокая посещаемость культурно-массовых мероприятий достигалась за счет помощи города (на транспорт выделялись средства). В 2016 г. в Семейном реабилитационном центре больных РС на весенние праздники приходили только те, кто сам смог решить вопрос собственной доставки.

Оценка эффективности мероприятий по созданию доступной среды

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

Барьеры среды жизнедеятельности являются препятствием примерно для трети людей с инвалидностью – от 24 до 32% опрошенных указывали на это при ответе на вопросы, насколько доступны для них перемещения за пределами квартиры.

Диаграмма 9. Ответы на вопросы, «Насколько доступны для Вас...»



По словам представителей организаций инвалидов, исключительно установление пандусов проблемы безбарьерной среды обитания не решает. Если в учреждении не оборудованы лестницы, туалеты, о доступности говорить рано. А на сегодня даже здание Министерства социально-демографической и семейной политики не приспособлено под специфические нужды инвалидов («в Министерстве и там таскают людей на руках...»).

Создание службы сопровождения в социальных учреждениях – необходимый первый шаг. Но это шаг исключительно в формате медицинской модели понимания инвалидности и создания внешних ресурсов помощи. Активная часть инвалидов сегодня выступает против такого подхода к ним и за реализацию в социальной политике государства второй социальной модели инвалидности, которая в вопросах доступности среды жизнедеятельности ориентирована на создание условий для беспрепятственно доступа людей с инвалидностью к объектам инфраструктуры («наличие сопровождающего – дополнительный костыль, вопроса доступности среды это не решает... нужно оборудовать лестницы и туалеты в учреждениях, чтобы мы могли передвигаться самостоятельно и чувствовали себя независимо»).

Физическая доступность среды жизнедеятельности подразумевает четыре составляющие: безопасность, комфортность, информативность, простота. Эксперты от НКО обращают внимание на еще один важный аспект доступности – доступность в сфере отношения общества к инвалидам, возможность вступать в социальные отношения на равных – т.н. «отношенческая» доступность. Она не менее важна, чем экономические составляющие проблемы доступности, и не может «закрываться» финансовым вливанием. Поэтому, когда лидеры НКО заявляют, что, несмотря на «громкость» темы безбарьерной среды и масштабность предпринимаемых действий, результативность этой деятельности невысока (*«денег тратится много, а на выходе мы имеем не всегда то, что хотелось бы»*), это свидетельствует о том, что проблема остается открыта.

Как меняется отношение общества к инвалидам, что должно делаться, чтобы происходили изменения в этой сфере, - важно, чтобы поиск ответов на эти вопросы шел не только на федеральном уровне, но и в рамках каждого региона.

2.3.9. Доступность правовой реабилитации

По мнению экспертов, за последние годы произошел рост правового образования людей. Представители органов власти отмечают рост юридической грамотности, о чем наглядно свидетельствует изменившийся характер обращений: при составлении обращений люди ссылаются на нормативы, на законодательство.

Однако проведенный анкетный опрос указывает на то, что доля указывающих на недостаток правовой информированности остается сравнительно высока: в нашем исследовании, 30% опрошенных заявили, что им не хватает информации о правах и льготах. Это свидетельствует о позитивной тенденции роста запроса на информацию. Возможно, темпы обслуживания в сфере правового информирования запаздывают по сравнению с ростом потребности в знании людей, имеющих инвалидность.

Диаграмма 10. Оценка полноты и доступности информации о правах и льготах



Информированность о заболевании довольно высока, «чаша весов» лежит на стороне тех, кто заявляет о доступности информации о заболевании (44%, по сравнению с 26% тех, кому информации недостаточно). Однако 26% - это каждый четвертый – существенная цифра, которая должна быть принята во внимание. Это те люди, кто оказался не охвачен работой общественной организации – это те, на кого должна быть направлена просветительская работа, кто нуждается в информационной литературе в поликлиниках, реабилитационных центрах и социальных службах.

Диаграмма 11. Доступность информации о заболевании



Министерство социально-демографической и семейной политики достаточно много делает для повышения правовой информированности граждан. Во многом этому способствуют четкие требования предоставления государственных услуг к оформлению сайтов учреждениями, органами исполнительной власти. Вся информация о деятельности учреждений социальной защиты сегодня доступна, она размещена на всех информационных ресурсах. Министерством во всех социально значимых учреждениях установлены интернет-киоски, где правовая база ежемесячно обновляется и люди при необходимости могут с ней ознакомиться.

Помимо этого, определенная работа по повышению правовой грамотности проводится в районных центрах социального обслуживания. Во-первых, оказание правовых услуг декларируется как направление деятельности центров. Во-вторых, в некоторых центрах организованы курсы компьютерной грамотности для овладения навыком самостоятельного поиска информации в интернет-киосках, в сети Интернет.

Наряду с этим, нововведением Самарской области согласно принятого в регионе закона о бесплатной юридической помощи стала организация юридических клиник, которые оказывают бесплатные юридические услуги инвалидам 1 и 2 группы, вплоть до сопровождения в судах. Это реально работающие структуры.

Таким образом, с одной стороны, уже многое делается для решения вопроса правовой грамотности: информация открыта, новые приказы издаются публично, в НКО и ЦСО существует юридическая помощь.

В то же время, по словам экспертов от общественности, доступность информации о вводимых законах, издаваемых приказах не решает проблемы

информированности инвалидов: *«все вывешивается, а само толкование получить негде»*. Юридические тонкости – *«работающие и не работающие пенсионеры, индексация пенсии, работающий пенсионер и работающий инвалид – разница есть или нет»* – разъяснения по многим вопросам получить негде. Имеющиеся в некоторых НКО юристы, с одной стороны, зачастую не владеют полной информацией для того, чтобы дать разъяснения. С другой стороны, возможности нанятого юриста заниматься широким спектром вопросов тоже ограничены (*«тут нужна целая служба, одного нашего юриста, нанятого по проекту, не хватает»*).

Перспективы развития правовой реабилитации,

По мнению экспертов от общественных организаций, перспективы развития правовой реабилитации лежат в двух направлениях:

- Усиление и расширение юридической службы при районных социальных службах, доступной для обращения по разным юридическим вопросам (*«куда можно было бы позвонить и вам рассказали»*). Первая попытка создать такую службу предпринята в формате введения штатной единицы юриста в районных центрах социального обслуживания. Однако практика показывает, что наличие юриста не снимает актуальности задачи правовой информированности.
- Выделение средств на организацию работы юристов при активных пациентских НКО. Поток людей, проходящих через НКО, довольно высок, и при наличии в них штатного юриста появляется прямая возможность оперативного получения ответов на вопросы (бесплатная юридическая клиника менее доступна).

Повышение информированности – о заболевании, о ресурсах помощи и т.д. – сквозная задача, которая должна пронизывать все структуры реабилитационного процесса, начиная от служб МСЭ, поликлиник и медицинских центров – именно здесь человек должен получать первую информацию – тем самым будут существенно снижаться риски психологического напряжения от полученного диагноза и создаваться почва для формирования активной позиции в отношении собственной жизни.

2.3.10. Доступность профессиональной реабилитации и возможности занятости

Проводимая политика в области профессиональной реабилитации

Приоритет в политике занятости инвалидов на сегодняшний день – «инклюзивное» трудоустройство и создание рабочих мест для инвалидов на обычных предприятиях. Это отвечает современным гуманистическим тенденциям: *«если мы говорим о социализации инвалидов в общество, как и во всем мире от специализированных предприятий принято отходить»*).

Из специализированных предприятий на сегодня в области функционирует предприятие ООО «Самаравтожгут». Оно трудоустраивает инвалидов по зрению, по слуху и речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата.

По единодушному признанию экспертов, как от общественности, так и от власти, специализированные предприятия для инвалидов – лишь одно из направлений деятельности, ориентированное на потребности узкой категории инвалидов.

Положительные эффекты включения в трудовую деятельность на обычном предприятии:

- Преодоление психологического барьера, снимающее внутренние блоки и ограничения.
- Улучшение состояния здоровья.
- Восстановление профессиональных функций и уход от иждивенческой позиции, возвращение к самообеспечению.

Тенденция улучшения медицинских показателей состояния здоровья работающих на обычных предприятиях инвалидов подтверждается и данными МСЭК.

«Когда человек преодолевает свои страхи, вместе с отброшенными опасениями снимаются многие внутренние ограничения... и здесь мы наблюдаем максимальный эффект улучшения по всем аспектам жизни».

Для реализации принципа «инклюзивного трудоустройства» в законодательстве предусмотрен целый ряд мер: создание квот для предприятий, помощь в организации рабочих мест для инвалидов, в т.ч. на дому и др.

Центры занятости проводят широкую информационную работу с работодателями по информированию работодателей о преимуществах приема на работу людей с инвалидностью.

По словам экспертов, позиция работодателей в отношении потенциальных работников с инвалидностью за последние 5-7 лет существенным образом изменилась: *«работодатель стал более открыт и не пугается брать на работу людей с инвалидностью... не увольняют работников, получивших инвалидность, если те доказали свою полезность – Успешный работодатель заботится о сотрудниках и ценит профессионализм в человеке независимо от инвалидности».*

Министерство труда, занятости и миграционной политики Самарской области

в 2015 г. вышло с законодательной инициативой о внесении изменений в закон о квотировании рабочих мест для инвалидов. Процент остался неизменным – 2% от средней численности работников в любой организации. Однако если раньше эти нормы затрагивали только организации со среднесписочной численностью работников от 100 человек, законодательная инициатива Самарской области заключалась в том, чтобы уменьшить этот порог до 35 человек. Эта законодательная инициатива была утверждена, что существенно расширяет возможности трудоустройства инвалида.

Данное нововведение в законодательстве было принято далеко не везде (менее чем в половине субъектов РФ), в Самарской области это произошло.

Центры занятости в регионе работают по специальным программам, направленным на трудоустройство инвалидов, создание рабочих мест для инвалидов, возмещение затрат на приобретение, монтаж и установку оборудования, а также заработной платы трудоустроенных инвалидов.

Специализированные ярмарки вакансий для инвалидов проводятся в Самарской области с 2003 г. По оценкам общественности, это эффективный инструмент донесения информации до соискателей с инвалидностью о том, что в области есть работодатели, которые готовы трудоустроить сотрудников с ограниченными возможностями. *«Это хорошая возможность для инвалида в одном месте, в один час пообщаться с массой работодателей».*

Министерство и Центры занятости тесно взаимодействуют с другими субъектами реабилитационного процесса.

Взаимодействие служб занятости с бюро МСЭ, районными учреждениями социального обслуживания:

- Обмен опытом (на совместных заседаниях – получение информации о факторах изменения медицинских показателей здоровья и роли занятости в этом процессе и др.).
- Консультирование (Центр занятости при возникающих сомнениях относительно возможности направлять человека на определенное рабочее место, связывается с учреждением МСЭ).
- Работа Министерства труда и занятости с Министерством социально-демографической и семейной политики, с Главным бюро МСЭ по развитию взаимодействия.

Формы взаимодействия Центров занятости с НКО:

- Приглашение общественности к участию в круглых столах.
- Совместная организация и проведение специализированных ярмарок вакансий (ярмарки вакансий зародились по инициативе и активном участии НКО).
- Участие НКО как работодателей в региональных программах организации трудовых мест для инвалидов (и получение соответствующих средств на возмещение затрат на приобретение, монтаж и установку оборудования, создания рабочих мест для инвалидов и возмещение затрат на трудоустройство инвалидов).

Организация надомного труда

По словам экспертов, востребованность надомной работы через службы занятости невысока. Активные инвалиды стремятся работать вне дома, и это их желание всячески поддерживается. Широкие возможности сети Интернет в предложении надомной работы позволяют находить ее, минуя центры занятости. Безусловно, это «палка о двух концах», ибо здесь остро встает вопрос произвола работодателей и незащищенности инвалидов.

С появлением сети Интернет возможности получения профессиональных навыков и подработки на дому существенно расширились. Однако качество предложений работы на дому низкое, права работников не защищены, распространены случаи неоплаты работы (*«кидают: человек поработал месяц-два, что-то составлял, отправлял – а потом не заплатили»*).

Сравнительно долгосрочное трудоустройство возможно по традиционному каналу – по знакомым, родственникам – *«тем, кто может оценить ситуацию и войти в положение, дать послабление»*.

Возможность переобучиться или устроиться работать на дому предоставляют некоторые активные общественные организации инвалидов – те, кто организует этот процесс, кто активно развивает проектную деятельность в формате грантовых и др. проектов (*«когда есть деньги, привлекаем всех, кто что-то умеет... обучаем»*). В Самаре такую возможность предоставляют Ассоциация «Десница», Самарские общественные организации инвалидов, больных рассеянным склерозом.

Оценка эффективности профессиональной реабилитации

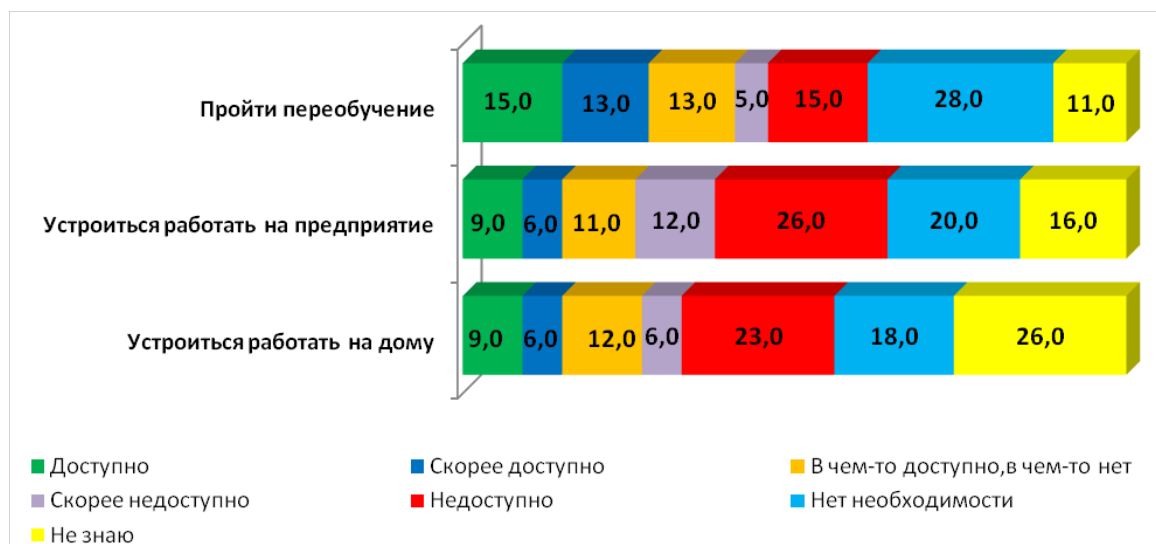
По статистическим данным, в 2015 г. в службы занятости Самарской области обратилось 4190 инвалидов. Из них 1911 чел. были трудоустроены, что составило 45,6% от всех обратившихся. Этот показатель превышает среднероссийский и является самым высоким в области за последние 15 лет. В Приволжском федеральном округе Самарская область занимает второе место после республики Татарстан по количеству рабочих мест, созданных для инвалидов с использованием мер государственной поддержки.

Несмотря на значительные изменения в социальной политике и серьезную работу, проводимую службами занятости, лидеры НКО говорят о том, что в организации профессиональной реабилитации остается много нерешенных вопросов.

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

- Каждый третий опрошенный говорит об ограниченности в той или иной мере возможности пройти переобучение, получить профессиональное образование;
- 41-49% опрошенных указали на ограниченность в той или иной мере возможности трудоустроиться на полную или частичную занятость на дому или на предприятии.

Диаграмма 12. Ответы на вопрос, «Насколько доступна для Вас возможность...»



Результативность специализированных ярмарок вакансий, по мнению лидеров НКО, отследить сложно. Эксперты указывают на два обстоятельства:

- нет статических данных о количестве трудоустроенных участников ярмарки (*«у нас есть только данные, сколько человек получило предложений кадровых агентств - участников ярмарки. А по трудоустройству цифр нет, работодатель не обязан предоставлять их, и как это идет на самом деле, никто не знает»*);
- в целом ряде случаев найденная работа оказывается временна: *«работодатель держит этих инвалидов, а потом говорит: «до свидания»*.

В российском законодательстве не так давно появилось понятие «дискриминация инвалидов»¹⁰. Однако, дискриминацию трудно доказать: *«уволить можно за все, что угодно, не вовремя пришел на работу, не выполняется тот объем работы, который положен по функционалу, найти всегда можно»*. Права инвалидов продолжают оставаться не защищены.

¹⁰ Поправка к ФЗ 181 «О социальной защите инвалидов в РФ» - ст. 3.1. «О дискриминации по признаку инвалидности» от 01.12.2014 № 419-ФЗ.

Ограничения в организации трудоустройства инвалидов

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

1. Объективные аспекты проблемы, связанные с ситуацией на рынке труда: отсутствие предложений, адекватных запросам и возможностям инвалидов, – проблему поднимают лидеры НКО (*«сколько у нас становилось на биржу, у меня нет ни одного живого примера, чтобы кто-то мог трудоустроиться»*).
2. Субъективные аспекты проблемы – неготовность инвалидов к труду: низкая мотивация к труду людей с инвалидностью и недостаточная активность общественных организаций, – проблему отмечают представители органов власти.
3. Отсутствие психологической работы с инвалидами, направленной на формирование готовности и мотивации к труду. В центрах занятости профессиональные консультанты имеют несколько иной функционал и не готовы оказывать психологическую помощь инвалидам – делать это целесообразнее через систему социальной защиты и общественные организации.
4. Недостаточная активность крупных общественных организаций инвалидов и нежелание брать на себя в посильном объеме задачи психологической реабилитации, профессиональной реабилитации. По мнению представителей органов власти, общественные организации далеко не всегда готовы и хотят использовать собственные ресурсы и выступать как работодатели, пользуясь мерами государственной поддержки (*«мы с трудом пытаемся, помогаем им, как только возможно, но их активность крайне низкая»*). По оценкам экспертов, даже индивидуальные предприниматели, мелкие ООО, иногда проявляют большую активность в привлечении инвалидов к труду, чем организации инвалидов.

Низкая активность, по оценкам, характерна в большей мере для традиционных «старых» общественных НКО, «зубров» общественного движения: ВОИ, ВОГ, ВОС. Крупные общественные организации получают федеральные средства на содержание, и не берут на себя дополнительные задачи, укрепляя в среде своих благополучателей иждивенческую позицию *«лучше втихаря сидеть и получать пособие»*.

Эта проблема низкой активности и отсутствия практических действий общественных организаций достаточно остро ощущается и озвучивается представителями сферы труда и занятости. Она поднималась на Комиссии по делам инвалидов при Губернаторе.

Причины низкой мотивации к труду людей с инвалидностью:

Субъективный фактор, безусловно, играет ключевую роль в ситуации поиска работы: тот, кто изначально сам более активен, становится более успешен и находит работу (*«тот, кто бежит, возможно, и устраивается»*).

В основе низкой мотивации инвалидов к труду лежит та самая иждивенческая позиция, которая зачастую сопровождает инвалидность:

1. Внутренняя неактивная позиция и заниженные потребности (*«мне ничего не надо, на пенсию проживу»*).
2. Гиперопека со стороны родственников.
3. Страх понижения/лишения группы инвалидности и лишения дополнительного дохода в виде пенсии ввиду политики, проводимой службами МСЭ (*«человек приходит в бюро МСЭ за рекомендациями по трудоустройству, а ему в ответ: «хочешь трудиться, мы тебе группу инвалидности завалим»*). В итоге формируется установка: *«Жили мы на 10 тысяч, и дальше проживем. Зато никаких проблем»*.
4. Незаинтересованность в официальном трудоустройстве: *«инвалиды приходят в центр занятости при назначении пособия по безработице, в случае признания их безработными, пенсия по инвалидности с них не снимается. Можно подрабатывать без трудового договора, нарушая законодательство, если денег не хватает. Но при этом получать пенсию по инвалидности, пособие по безработице. Зачем им терять такую возможность?»*.

Незаинтересованность в официальном трудоустройстве проявляется в разных ситуациях, – и Центры занятости постоянно с ней сталкиваются. В 2015 г. имели место ситуации, когда не могли найти кандидатуры на имеющиеся места (была вакансия в Сбербанке; швейный цех предлагал вакансии для глухонемых, предоставляя возможность пройти обучение и получить жилье).

На фоне существующей проблемы низкой мотивации к труду службам занятости постоянно приходится слышать и отражать нападки средств массовой информации в адрес работодателей, которые не хотят брать инвалидов на работу.

Отчего возникают ситуации увольнения – идут ли они от работодателя, от работника, от неприспособленной или агрессивной среды – очевидно, что в каждом случае они свои. Однако общая тенденция демонстрирует, что в организации занятости инвалидов есть слабые стороны, ввиду изначальной ограниченности самого подхода к этому процессу.

Перспективы развития профессиональной реабилитации

Актуальные задачи в области профессиональной реабилитации

Далее приведены актуальные задачи в области профессиональной реабилитации, на которые указали лидеры активных НКО:

1. Необходимость индивидуального подхода к организации занятости инвалидов с организацией системы сопровождающего трудоустройства: *«системы профессиональной реабилитации не будет, пока руководство не поймет, что занятость инвалидов, это работа штучная, индивидуальная. Трудоустроить инвалида возможно эффективно на открытом рынке труда с применением системы сопровождающего трудоустройства. Все остальное это больше для рекламы».*
2. Популяризация трудовой деятельности с широким освещением льгот и преимуществ, предоставляемых как работодателям, так и инвалидам (*«за рубежом есть социальные ролики, которые объясняют, что работодатель может сделать, какие льготы налоговые получить, как государство ему поможет с оснащением рабочего места для инвалида,.. инвалиды знают, что имеют право на сокращенный рабочий день...»*).

Несмотря на продолжающую оставаться актуальной проблему низкой мотивации к труду, общая тенденция в области занятости инвалидов положительна:

- меняется работодатель;
- меняются инвалиды – на эту тенденцию указывают и активисты НКО, и представители органов власти.

На фоне инертности корифеев пациентского движения эксперты отмечают, что новые молодые общественные организации, которые созданы сравнительно недавно, проявляют большую активность в получении государственной поддержки для создания рабочих мест для инвалидов и вообще, для трудоустройства инвалидов в частности. Активные НКО используют свои деловые и социальные связи с работодателями и распространяют информацию о возможности мер получения государственной поддержки при условии трудоустройства инвалидов, что Министерство труда, занятости и миграционной политики всячески приветствует.

Активные общественные организации инвалидов в Самарской области, упомянутые экспертами, это организации двух профилей: рассеянный склероз и инвалиды-колясочники: Ассоциация «Десница», Тольяттинская городская общественная организация инвалидов-колясочников Клио, Физкультурно-спортивный клуб инвалидов Виктория (Тольятти), Самарские общественные организация инвалидов, больных рассеянным склерозом.

Пути стимулирования мотивации к труду:

- утверждение инвалидов в защищенности их прав относительно группы инвалидности (для ликвидации опасения потерять группу и льготы при выходе на работу);
- психологическая работа с самими инвалидами и их близкими – психологическая реабилитация как основа для профессиональной;
- пропаганда занятости и популяризация положительных примеров трудовой деятельности инвалидов (в Самарской области есть прецедент, когда дама, инвалид-колясочника 1 группы, организовала свое предприятие и создает рабочие места для инвалидов, есть и другие примеры, которые важно распространять).

Ресурсы общественных организаций в системе профессиональной реабилитации:

- Помощь в соединении работодателей, которые готовы трудоустраивать инвалидов, и появляются в поле зрения организаций, со службой занятости.
- Информирование работодателей о возможностях государственной поддержки при трудоустройстве инвалидов.
- Активность в создании рабочих мест (общественные организации могут выступать как работодатели и пользоваться мерами государственной поддержки – пример Ассоциации «Десница» здесь показателен).
- Направление в Центры занятости инвалидов с внутренней мотивацией к труду (*«которые действительно хотят работать, а не просто пришли всей толпой, встали на учет и получают пособия – для нас это очень большая проблема»*).
- Повышение мотивации к труду, работа с инвалидами и близкими – эта задача лежит в т.ч. на общественных организациях.

Задача – создание цепочки действий, куда были бы подключены все субъекты, и которые бы последовательно создали почву для профессиональной реабилитации. По мнению экспертов, *«было бы разумно начинать на уровне ещё МСЭК, там они первыми устанавливают инвалидность, наблюдают, у них должны быть психологи, реабилитологи, которые должны работать в тесной связке с районными службами социальной защиты, у которых в штате тоже есть психологи»*.

2.4. ПЕРСПЕКТИВЫ ОБЩЕСТВЕННОГО УЧАСТИЯ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.4.1. Негосударственная система реабилитации

По словам экспертов, в активных региональных НКО работа по реабилитации существует сегодня чаще в формате оказания тех или иных услуг. В меньшей мере это медико-социальные услуги, в большей – правовые (в рамках разъяснительной работы, посильного юридического консультирования и помощи), посреднические (помощь в «соединении» человека с медицинскими и социальными службами), социокультурные, отчасти социально-бытовые.

Задача создания центров реабилитации под силу далеко не всем НКО. В регионе был опыт, когда созданные в третьем секторе центры реабилитации впоследствии были переданы государственной системе социальной защиты, т.к. НКО оказалось не под силу их «вести».

Институциональные формы реабилитации в самарских общественных организациях инвалидов:

- Семейный центр реабилитации инвалидов (Самарская региональная общественная организация инвалидов, больных рассеянным склерозом, Самарская городская организация инвалидов, больных рассеянным склерозом, Самарская региональная общественная организация инвалидов «Призма»).
- Трудоустройство инвалидов в рамках своей деятельности (Семейный центр реабилитации инвалидов, Ассоциация инвалидов-колясочников «Десница»).
- Служба сопровождения инвалидов по зрению, созданная на основе конкурса некоммерческих организаций (конкурс проводится ежегодно, субсидия выделяется в рамках программы «Доступная среда» в Самарской области).
- Служба сопровождения семей инвалидов по психическому заболеванию (также некоммерческая организация получала субсидию).

В отличие от Семейного центра реабилитации инвалидов, под который удалось получить «площадку», другие активные организации такой площадки не имеют, и им приходится искать и использовать «чужую территорию» для своей деятельности. Однако это ни в коей мере не умаляет масштабов этой деятельности, направленной на достижение основной задачи реабилитации – «занять человека»: *«Они также организуют какие-то мероприятия, они куда-то людей возят, чему-то обучают, они занимаются физкультурой, все это в разных местах».*

Речь в данном случае идет об активных общественных организациях. Которые в регионе единичны. В качестве активных экспертами были названы самарские организации инвалидов, больных рассеянным склерозом, Ассоциация «Десница», Самарская городская общественная организация инвалидов с детства «Парус надежды», Центр социальных инициатив (Тольятти). Мнения относительно ВОИ, ВОГ, ВОС разделились: одни эксперты называют эти организации среди активных ввиду их присутствия в общественных советах на уровне министерств, другие указывают на закостенелость крупных организаций, которые после длительного советского периода существования за государственный счет вошли в стадию

стагнации.

Факторы, тормозящие развитие системы негосударственной реабилитации:

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

Отсутствие стандарта реабилитации ставит вопрос, как определить различные формы деятельности общественных организаций. Например, является ли правовая помощь, осуществляемая в НКО, реабилитацией.

Другой аспект проблемы – стихийность возникновения реабилитационных услуг в НКО – *«Люди создают центры, где как они считают, занимаются реабилитацией. Эти центры зачастую не приспособлены, у них отсутствует медицинская лицензия на оказание деятельности. Тут очень тонкая грань».*

По мнению экспертов, пока не будет системы понятия, что такое комплексная реабилитация на федеральном уровне, стандартов комплексной реабилитации, и не будет определена аккредитация учреждений, говорить о какой-то негосударственной системе пока рано. По словам представителей Министерства, в Федеральном законе была предусмотрена аккредитация учреждений с 2016 года, а так как пока порядок не определен, процедура перенесена на начало 2017 года. Когда будут стандарты, будет аккредитация, только тогда можно уже оценивать негосударственную систему и говорить о том, создана там система реабилитации или нет.

Другие факторы относятся к сфере ответственности НКО:

- Невысокая активность общественных организаций, косность «корифеев» общественного движения.
- Дефицит квалифицированных кадров в НКО – *«когда у них будут квалифицированные специалисты, готовые выполнять эту работу, тогда и услуги будут появляться».*
- Отсутствие полноценной материально-технической базы у НКО для оказания реабилитационных услуг.

В настоящее время в реестре поставщиков социальных услуг Самарской области нет общественных организаций инвалидов. Включение в реестр учреждений подразумевает определенный уровень ответственности, которую не каждая некоммерческая организация готова на себя взять ввиду недостаточности ресурсов – человеческих, материальной-технической базы.

Однако эксперты отмечают нарастающую активность общественного движения и уверены, что выход их на новый уровень оказания реабилитационных услуг – это вопрос времени.

2.4.2. Взаимодействие государственного и негосударственного секторов в системе медико-социальной реабилитации

В Самарской области взаимодействие Министерства социально-демографической и семейной политики с активными НКО довольно плотное. Лидеры НКО входят в Общественный совет, участвуют в реализации совместных проектов по обучению персонала учреждений, независимой оценке качества услуг и т.п. Активистов-общественников постоянно приглашают на круглые столы, заседания рабочих групп и др.

Роль диалога с общественностью для органов власти

Сегодня такая роль хорошо осознается обществом. По мнению респондентов она включает:

- гибкость в реагировании на динамичную среду: *«мы должны понимать в чем потребности людей с ограниченными возможностями, потому что они меняются, одни потребности удовлетворяются, другие возникают, и это нужно учитывать»;*
- информирование потребителей услуг о проводимых изменениях в сфере социальной защиты, обеспечение лояльности к нововведениям: *«донести до каждого человека, что делается в регионе и какая система создана – здесь огромная роль общественных организаций».*

В то же время, как показывает опыт, взаимодействие активных НКО с районными социальным службами довольно ограничено. Так, Самарская городская общественная организация инвалидов, больных рассеянным склерозом до получения от муниципалитета помещения в 2013 году активно взаимодействовала с районными Центрами социального обслуживания, используя их площадку для своих мероприятий. На базе районных центров проводились школы пациентов (района), культурно-массовые мероприятия. Центры предоставляли помещение, чай, иногда фотографа. Тогда взаимодействие было более интенсивное, Центры социального обслуживания использовали мероприятия организации больных РС для собственной отчетной деятельности. После появления Семейного центра реабилитации инвалидов взаимодействие значительно сузилось.

2.4.3. Общественный контроль в системе медико-социальной реабилитации

Важность общественного контроля качества оказания услуг сегодня общепонята, о ней говорят как общественники, представители органов власти, так и врачи.

Субъекты общественного контроля в области медико-социальной реабилитации:

- Комиссия по делам инвалидов при Губернаторе (координирует работу Комиссии Министерство социально-демографической и семейной политики).
- Общественный совет при Министерстве социально-демографической и семейной политики.
- Общественные советы при учреждениях социальной защиты.
- Общественные организации инвалидов.

Общественный совет при Министерстве социально-демографической и семейной политики Самарской области был создан в январе 2013 г. за полтора года до появления в ФЗ 442¹¹ статьи 23.1. по независимой оценке качества оказания услуг учреждениями социального обслуживания.

Общественный совет при Министерстве социально-демографической и семейной политики сегодня состоит из общественных организаций, общественных экспертов и деятелей науки. Представители Министерства были выведены из Составы Совета (за исключением секретаря Совета). Состав Совета подвижен, в нем предусмотрена ротация: есть «костяк» (всероссийские общественные организации), и есть меняющаяся часть (городские и областные организации). По словам секретаря Совета, он открыт: на заседания приглашаются все желающие (*«мы еще никому не отказывали»*).

Направления деятельности Общественного совета

- Независимая оценка качества услуг в учреждениях медико-социальной реабилитации.
- Мониторинг потребностей людей с инвалидностью и пенсионеров.
- Экспертиза нормативно-правовых актов.
- Оценка реализации ФЗ № 442 «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» с приглашением представителей учреждений социального обслуживания (*«они рассказывают, как они работают, свои планы по улучшению качества работы»*).
- Обсуждение текущих актуальных вопросов медико-социальной реабилитации.

¹¹ Статья 23.1. Независимая оценка качества оказания услуг учреждениями социального обслуживания введена Федеральным законом от 21.07.2014, № 256-ФЗ.

Независимая оценка качества услуг в учреждениях и мониторинг нужд инвалидов в реабилитационных услугах и доступности среды жизнедеятельности – два самостоятельных исследования, которые осуществляются с привлечением независимых профессиональных социологических организаций.

Для оценки качества проведения исследований время от времени проводится триангуляция: та же анкета по выявлению потребностей инвалидов в реабилитационных услугах направляется в Общество инвалидов; результаты сравниваются.

Результаты мониторинга и независимой оценки качества услуг в учреждениях рассматриваются на заседаниях Общественного совета при Министерстве. На их основе принимаются решения по улучшению работы учреждений.

Результаты независимой оценки качества услуг в учреждениях вывешиваются на сайте Министерства социально-демографической и семейной политики. Кроме того, в соответствии с требованиями, каждое учреждение системы социальной защиты области информирует о результатах своей деятельности на сайте <http://bus.gov.ru/>.

По оценкам экспертов, представителей Министерства, Общественный совет достаточно активный, все разрабатываемые нормативные документы и значимые проекты Министерства проходят экспертизу Совета, широко обсуждаются на нем: это и дорожная карта доступности, которая формировалась в 2015 г. на территории региона, это и программа «Доступная среда», которая в 2015 г. была продлена. Бывают ситуации, когда нормативные документы дорабатываются с учетом высказанных Советом замечаний.

Для оптимизации деятельности работы Совета под возникающие задачи создаются рабочие группы (по независимой оценке, по экспертизе НПА и др.).

Совещания Общественного совета по итогам года проходят с приглашением представителей общественных советов учреждений и всех заинтересованных сторон.

Взаимодействие с другими Общественными советами

Общественный совет при Министерстве тесно взаимодействует с Общественной палатой – дважды были совместные заседания, члены Совета в полном составе приходили на заседание Общественной палаты.

Текущее взаимодействие с другими Общественными советами достигается за счет совмещения работы в них: члены Совета являются одновременно членами других советов, Общественной палаты. Таким образом, обмен информацией между советами чаще происходит в неформальном режиме, без дополнительных специальных каналов.

Сложности в работе Общественного совета

Основная сложность, возникающая в работе Общественного совета, на которую обращают внимание эксперты, - ограниченное число лидеров общественного движения и дефицит времени у них ввиду необходимости охватить большое поле деятельности – *«у нас общественники работают на разрыв, выполняя работу в Советах наряду со своими текущими делами... им не хватает времени, чтобы переработать весь объем поступающей информации»*.

Из-за занятости членов Совета сегодня стоит вопрос о заочном голосовании в ситуациях, когда вопрос нужно решить оперативно, – эта практика уже появилась в советах при федеральных министерствах.

Таким образом, здесь встает вопрос производства и воспроизводства лидеров в среде НКО. Отчасти лидеры НКО сами порождают проблему низкой активности членов своего сообщества, будучи готовы делиться компетенциями, но не будучи готовы делиться властью («отдать знания легче, чем власть»). Эта проблема пока носит латентный характер, но она рано или поздно проявится, и лучше, если она будет осознана своими носителями – это даст дополнительный толчок к развитию пациентского движения.

Роль Общественного совета для органов управления в сфере социальной защиты:

- Получение обратной связи от потребителей услуг (*«они прямо работают с инвалидами и могут рассказать мнение оттуда»*).
- Проведение общественного контроля (мониторинга, независимой оценки качества услуг).
- Оценка целесообразности нововведений (новых направлений и форм работы учреждений).
- Формирование лояльности у общественности к реализуемой государственной социальной политике в области медико-социальной реабилитации.

Общественные советы при учреждениях социального обслуживания

Общественные советы при учреждениях социального обслуживания были созданы, в первую очередь, для организации работ по независимой оценке качества услуг (в первый год все работы по анкетированию, обработке, анализу результатов и презентации итогов возлагались на советы при учреждениях). С появлением операторов для проведения независимой оценки, на советах остается функция включения в сбор информации.

Роль общественных советов при учреждениях социального обслуживания:

- Сбор информации для независимой оценки качества услуг.
- Возможность дополнительной связи Министерства с районными учреждениями. Представители районных общественных советов при необходимости приглашаются на заседания Общественного совета при Министерстве (либо имеют возможность сами выйти на заседания со своими вопросами).
- Обратная связь с получателями услуг для руководителей учреждений.
- Канал информирования общественности и пациентов о системе медико-социальной реабилитации на территории, предоставляемых услугах и нововведениях – дополнительная роль общественных советов в учреждениях.

Социальный эффект от появления общественных советов в учреждениях, по мнению экспертов, – повышение рейтинга учреждений по результатам независимой оценки (*«мы начали общаться с советами на территории, рассказывать – некоммерческие организации стали больше знать о той работе учреждений, которые у них в муниципальном образовании – рейтинг учреждений вырос»*).

Основная сложность в функционировании общественных советов на территории.

Основным препятствием по мнению респондентов является все то же ограниченное число лидеров общественного движения. Филиалы общественных организаций есть далеко не во всех сельских районах области. Те небольшие общественные ресурсы, которые имеются на территории, подключаются сразу ко всем проектам, требующим общественного участия: *«не хватает общественников, их рвут на части, они в пансионат должны и везде должны»*.

Перспективы развития общественного контроля

Важное условие грамотной организации процесса общественного контроля – обеспечение бесконфликтности процесса (*«чтобы это не мешало врачам, социальным работникам, а помогало... чтобы проводящие опрос не воспринимались как проверяющие – тогда не будет конфликтных ситуаций»*).

Механизм, создающий условия для бесконфликтности общественного контроля в учреждениях, – согласование процедуры и обеспечение лояльности персонала (врачей и социальных работников).

2.4.4. Направления развития общественного участия в системе медико-социальной реабилитации

Ресурсы государственной системы реабилитации:

Возможности государственной и негосударственной систем реабилитации существенно различаются. Ресурсы государственной системы реабилитации включают:

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

Ресурсы негосударственной системы реабилитации:

- интенсивный характер – возможность более внимательно погрузиться в определенную целевую группу по профилю заболевания, по территории;
- меньшая формализованность, более открытый характер взаимодействия: *«У нас определенная целевая группа, но мы не отказываемся от других инвалидов, кто приходит, мы всегда рады»;*
- более индивидуальный подход: *«у нас более человечна, что ли эта реабилитация, более направлена на пациентов, потому что мы делаем то, что хотят люди, а не только то, что написано в договоре»;*
- большая мобильность и гибкость, оперативность в решении частных возникающих проблем: *«государственные службы, чтобы принять какое-то изменение, какую-то форму организовать, нужно пройти миллион инстанций, подтверждений, чтобы найти деньги и т.д. А общественная организация реагирует моментально. По одному звонку, а давайте вот так вот сделаем... там, где это возможно – и проблема человека решена».*

Задача НКО в области медико-социальной реабилитации – восполнять объективные ограничения государственной системы, заполнять пустоты: *«мы всегда делаем то, что они или не доделали или не делают вообще».* Так в частности, зачастую государственная система реабилитации, в лучшем случае, сводится к ежегодному 10-20-дневному пребыванию в стационаре/реабилитационном центре. Остальные 11 месяцев человек с инвалидностью оказывается предоставлен сам себе (*«реабилитацию отбабахал и вернулся домой, 11 месяцев он ждет следующей реабилитации»*). Реабилитация же – это процесс, который должен идти непрерывно.

Возможности районных социальных служб (Центров социального обслуживания) в организации непрерывного процесса реабилитации обширного контингента людей с инвалидностью ограничены. И здесь НКО могут брать на себя эти задачи.

В этом смысле эти две системы – государственная и негосударственная – комплементарны (*«мы не мешаем, а дополняем друг друга»*).

Важное условие достижение комплексного характера медико-социальной реабилитации – «работа в симбиозе» государства и общественности.

Условия для полноценного сотрудничества государства и третьего сектора:

- Открытость к взаимодействию региональных органов управления социальной защиты.
- Активность и компетентность общественных организаций, уход от иждивенческой позиции.
- Согласование правил работы – важное условие конструктивного обмена (в государственных организациях в отличие от негосударственных все регламентировано; следование формальным правилам, наличие отчетности и проч., важно для совместной деятельности: *«отчетность должна быть на высшем уровне, предоставить акт выполненных работ, правильно оформленный, иначе нецелевое использование государственных средств»*).

«Мы выстраиваем свои отношения на основе диалога с властью, причем диалога равных партнеров, думаю, что у нас это получается, к нам прислушиваются, наши предложения выполняются, если имеют место быть».

Перспектива развития системы медико-социальной реабилитации на территории – в интенсификации взаимодействия НКО с районными социальными службами, в использовании ресурсов ЦСО пациентскими НКО: приглашение психолога, ведущих кружков на мероприятия НКО позволило бы обеспечить активный спрос на услуги социальных служб (*«к нам инвалиды идут более охотно, здесь они все вместе, есть возможность общения – чего нет в ЦСО, куда и идти не хотят... районный ЦСО рядом с нами – его специалисты могли бы работать «на выезде» у нас – их работа была бы более эффективна»*).

Ниша НКО в системе реабилитации

По мнению экспертов, это - заполнение «дыр», по объективным причинам существующих в государственной системе:

- помощь в соединении человека с государственной системой при получении необходимых медицинских и социальных услуг;
- широкая информационно-разъяснительная работа и правовое просвещение;
- пропаганда философии независимой жизни и личной ответственности;
- социальная реабилитация в текущем постоянном режиме (*«есть такие направления реабилитации, которые практичнее делать именно общественной организации, т.к. они должны иметь постоянный характер и предполагают неформальный подход»*);
- создание негосударственных реабилитационных центров нового формата – т.н. «центров независимой жизни» с инновационными формами работы, с широким спектром услуг реабилитации (социальной, психологической, бытовой, трудовой), а самое главное, - с активным участием самих инвалидов (от директора до персонала) – центров, своей деятельностью наглядно демонстрирующих и отрабатывающих принципы концепции независимой жизни.

Пути вовлечения общественности в процесс реабилитации инвалидов в регионе:

- информационный обмен, конференции, круглые столы, совещания;
- взаимодействие на контрактной системе (*«мы выставляем гос. задание, подписываем контракт, Красный крест работает так»*);
- компенсация за оказанные услуги, если НКО стоит в Реестре и оказывает услуги в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг.

Условия развития негосударственной системы реабилитации:

- в формировании стандартов реабилитации (введение четких стандартов позволит убрать возможность двоякой трактовки; только на этой базе возможно развитие негосударственных учреждений реабилитации);
- в аккредитации учреждений реабилитации;
- в поддержке общественных организаций, в т.ч. через конкурсы социальных проектов (это направление активно развивается в последнее время).

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

Будущее российской системы социальной защиты во многом определяется тем, какие механизмы предоставления услуг требуемого качества будут для населения наиболее эффективными, какие системы оказания медицинской, реабилитационной и социальной помощи будут построены. Многие действия в настоящее время диктуются необходимостью увязывания государственных гарантий с имеющимися финансовыми ресурсами. Это, в свою очередь, требует конкретизировать стандарты, виды, объем, порядок и условия оказания медицинской и других видов помощи, а также определить оптимальные подходы к построению системы комплексной системы медико-социальной реабилитации.

Решение проблем, стоящих перед системой медико-социальной реабилитации с неизбежностью должно начинаться с федерального уровня. Однако это не означает, что на региональном уровне не надо работать по всем направлениям.

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

2.5. ПРИЛОЖЕНИЕ.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НА ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

Таблица 1.

Оцените по 5-ти бальной шкале доступность медицинской помощи в поликлинике по месту жительства	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	6	6,0
Скорее недоступно	14	14,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	24	24,0
Скорее доступно	20	20,0
Доступно	31	31,0
Не обращался	2	2,0
Трудно сказать	3	3,0
Всего	100	100,0

Таблица 2.

Оцените по 5-ти бальной шкале доступность реабилитационных услуг в санаторно-курортных учреждениях региона	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	13	13,0
Скорее недоступно	9	9,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	18	18,0
Скорее доступно	19	19,0
Доступно	13	13,0
Не знаю о таком	5	5,0
Не обращался	17	17,0
Трудно сказать	6	6,0
Всего	100	100,0

Таблица 3.

Оцените по 5-ти бальной шкале доступность медицинской помощи в Центре рассеянного склероза при областной больнице им. Середавина	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	1	1,5
Скорее недоступно	4	6,1
В чем-то доступно, в чем-то нет	10	15,2
Скорее доступно	17	25,8
Доступно	18	27,3
Не знаю о таком	3	4,5
Не обращался	11	16,7
Трудно сказать	2	3,0
Всего	66	100,0

Таблица 4.

Оцените по 5-ти бальной шкале доступность медицинской помощи в Нейроцентре «Береза»	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	2	3,0
Скорее недоступно	1	1,5
В чем-то доступно, в чем-то нет	1	1,5
Скорее доступно	14	21,2
Доступно	26	39,4
Не знаю о таком	11	16,7
Не обращался	8	12,1
Трудно сказать	3	4,5
Всего	66	100,0

Таблица 5.

Насколько Вы удовлетворены качеством полученной медицинской помощи в поликлинике	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	8	8,0
Скорее не удовлетворен	19	19,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	23	23,0
Скорее удовлетворен	25	25,0
Полностью удовлетворен	16	16,0
Не обращался	4	4,0
Трудно сказать	5	5,0
Всего	100	100,0

Таблица 6.

Насколько Вы удовлетворены качеством полученных реабилитационных услуг в санаторно-курортных учреждениях региона	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	6	6,0
Скорее не удовлетворен	5	5,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	11	11,0
Скорее удовлетворен	22	22,0
Полностью удовлетворен	14	14,0
Не обращался	31	31,0
Трудно сказать	11	11,0
Всего	100	100,0

Таблица 7.

Насколько Вы удовлетворены качеством полученной медицинской помощи в Нейроцентре «Береза»	Кол-во, чел.	Доля, в %
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	7	10,6
Скорее удовлетворен	12	18,2
Полностью удовлетворен	23	34,8
Не обращался	20	30,3
Трудно сказать	4	6,1
Всего	66	100,0

Таблица 8.

Насколько Вы удовлетворены качеством полученной медицинской помощи в Центре рассеянного склероза при областной больнице им. Середавина	Кол-во, чел.	Доля, в %
Скорее не удовлетворен	3	4,5
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	7	10,6
Скорее удовлетворен	22	33,3
Полностью удовлетворен	18	27,3
Не обращался	15	22,7
Трудно сказать	1	1,5
Всего	66	100,0

Таблица 9.

Что Вас не устроило в полученных услугах?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Длинные очереди у кабинетов	37	37,0
Нужно долго ждать, чтобы получить услуги	35	35,0
Далеко от дома	23	23,0
Качество услуг	20	20,0
Качество обслуживания, отношение медперсонала	16	16,0
Высокая стоимость	16	16,0
Все устроило	8	8,0
Другое	6	6,0
В перечне услуг отсутствуют необходимые мне услуги	5	5,0
Затрудняюсь ответить	16	16,0

Таблица 10.

Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены возможностями получать льготные лекарства по профилю заболевания	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	19	19,0
Скорее не удовлетворен	6	6,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	14	14,0
Скорее удовлетворен	8	8,0
Полностью удовлетворен	26	26,0
Нет необходимости	17	17,0
Не знаю	10	10,0
Всего	100	100,0

Таблица 11.

Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены возможностями получения тех. средств реабилитации (кресло-коляска, ходунки, ортопедическая обувь и др.)	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	15	15,0
Скорее не удовлетворен	10	10,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	9	9,0
Скорее удовлетворен	23	23,0
Полностью удовлетворен	16	16,0
Нет необходимости	24	24,0
Не знаю	3	3,0
Всего	100	100,0

Таблица 12.

Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены возможностями получить высокотехнологическую медицинскую помощь (МРТ...)	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	14	14,0
Скорее не удовлетворен	9	9,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	20	20,0
Скорее удовлетворен	20	20,0
Полностью удовлетворен	16	16,0
Нет необходимости	6	6,0
Не знаю	15	15,0
Всего	100	100,0

Таблица 13.

Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены возможностями получить консультации психолога в связи с заболеванием	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	15	15,0
Скорее не удовлетворен	4	4,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	10	10,0
Скорее удовлетворен	9	9,0
Полностью удовлетворен	11	11,0
Нет необходимости	33	33,0
Не знаю	18	18,0
Всего	100	100,0

Таблица 14.

Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены возможностями получить помощь социального работника в связи с заболеванием	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	7	7,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	8	8,0
Скорее удовлетворен	13	13,0
Полностью удовлетворен	11	11,0
Нет необходимости	38	38,0
Не знаю	23	23,0
Всего	100	100,0

Таблица 15.

Оцените, насколько Вы удовлетворены работой Медико-социальной экспертной комиссии	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	6	6,0
Скорее не удовлетворен	5	5,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	15	15,0
Скорее удовлетворен	18	18,0
Полностью удовлетворен	20	20,0
Затрудняюсь ответить	36	36,0
Всего	100	100,0

Таблица 16.

Были ли у Вас сложности с получением/ подтверждением группы инвалидности или степени ОСТД (ограничения способности к трудовой деятельности)?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Нет, сложностей не было	46	46,0
Длинные очереди	22	22,0
Требовали собрать множество справок	18	18,0
Нужно было приходить не один раз	14	14,0
Невнимательное, грубое отношение	9	9,0
МСЭК отказывала в подтверждении группы инвалидности и (или степени ОСТД)	8	8,0
Анализы пришлось сдавать за свои деньги	5	5,0
Другое	5	5,0
Затрудняюсь ответить	7	7,0
Отказ от ответа	2	2,0

Таблица 17.

Оцените, насколько на сегодняшний день для Вас доступны мероприятия, процедуры, включенные в Вашу индивидуальную программу реабилитации (ИПР)	Кол-во, чел.	Доля, в %
Не доступны	5	5,0
Скорее не доступны	4	4,0
В чем-то доступны, в чем-то нет	20	20,0
Скорее доступны	19	19,0
Доступны	23	23,0
Такая программа не была составлена	9	9,0
Другое	2	2,0
Затрудняюсь ответить	18	18,0
Всего	100	100,0

Таблица 18.

Оцените, насколько Вы удовлетворены работой учреждения социальной защиты по месту своего проживания (районного Центра социального обслуживания)	Кол-во, чел.	Доля, в %
Совершенно не удовлетворен	4	4,0
Скорее не удовлетворен	3	3,0
В чем-то удовлетворен, в чем-то нет	13	13,0
Скорее удовлетворен	25	25,0
Полностью удовлетворен	24	24,0
Не обращался в районный "собес"/Центр социального обслуживания	13	13,0
Затрудняюсь ответить	18	18,0
Всего	100	100,0

Таблица 19.

Оцените, насколько в настоящее время доступны для Вас поездки по городу в общественном транспорте	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	24	24,0
Скорее недоступно	8	8,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	19	19,0
Скорее доступно	12	12,0
Доступно	28	28,0
В этом нет необходимости	7	7,0
Не знаю	2	2,0
Всего	100	100,0

Таблица 20.

Оцените, насколько в настоящее время доступны для Вас посещения магазинов, банков и других учреждений	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	13	13,0
Скорее недоступно	11	11,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	26	26,0
Скорее доступно	16	16,0
Доступно	31	31,0
В этом нет необходимости	1	1,0
Не знаю	2	2,0
Всего	100	100,0

Таблица 21.

Оцените, насколько в настоящее время доступны для Вас посещения театров, выставок, концертов	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	15	15,0
Скорее недоступно	14	14,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	21	21,0
Скорее доступно	11	11,0
Доступно	24	24,0
В этом нет необходимости	9	9,0
Не знаю	6	6,0
Всего	100	100,0

Таблица 22.

Оцените, насколько доступна для Вас возможность повысить квалификацию, пройти переобучение, получить профессиональное образование (среднее, высшее)	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	15	15,0
Скорее недоступно	5	5,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	13	13,0
Скорее доступно	13	13,0
Доступно	15	15,0
В этом нет необходимости	28	28,0
Не знаю	11	11,0
Всего	100	100,0

Таблица 23.

Оцените, насколько доступна для Вас возможность устроиться на полную или частичную занятость на предприятие	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	26	26,0
Скорее недоступно	12	12,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	11	11,0
Скорее доступно	6	6,0
Доступно	9	9,0
В этом нет необходимости	20	20,0
Не знаю	16	16,0
Всего	100	100,0

Таблица 24.

Оцените, насколько доступна для Вас возможность устроиться на специализированные региональные предприятия для инвалидов	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	22	22,0
Скорее недоступно	4	4,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	8	8,0
Скорее доступно	6	6,0
Доступно	6	6,0
В этом нет необходимости	23	23,0
Не знаю	31	31,0
Всего	100	100,0

Таблица 25.

Оцените, насколько доступна для Вас возможность трудоустроиться на дому	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	23	23,0
Скорее недоступно	6	6,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	12	12,0
Скорее доступно	6	6,0
Доступно	9	9,0
В этом нет необходимости	18	18,0
Не знаю	26	26,0
Всего	100	100,0

Таблица 26.

Оцените полноту и доступность для Вас информации о правах и льготах, которые Вам были положены в соответствии с законодательством	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	14	14,0
Скорее недоступно	16	16,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	24	24,0
Скорее доступно	10	10,0
Доступно	21	21,0
В этом нет необходимости	1	1,0
Не знаю	14	14,0
Всего	100	100,0

Таблица 27.

Оцените полноту и доступность для Вас информации о специфике вашего заболевания	Кол-во, чел.	Доля, в %
Недоступно	16	16,0
Скорее недоступно	10	10,0
В чем-то доступно, в чем-то нет	18	18,0
Скорее доступно	22	22,0
Доступно	22	22,0
В этом нет необходимости	1	1,0
Не знаю	11	11,0
Всего	100	100,0

Таблица 28.

Приходилось ли Вам попадать в ситуацию, когда нарушались Ваши права в связи с инвалидностью?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Да	18	18,0
Скорее, да	14	14,0
Скорее, нет	25	25,0
Нет	25	25,0
Затрудняюсь ответить	18	18,0
Всего	100	100,0

Таблица 29.

В каких ситуациях происходило нарушение Ваших прав в связи с инвалидностью?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Не было таких ситуаций	33	33,0
Волокита в получении полагающихся льгот	17	17,0
Обидные замечания, оскорбления	16	16,0
Отказ от предоставления льгот, положенных по закону	10	10,0
Отказ от предоставления положенной группы инвалидности	10	10,0
Безосновательный отказ в приеме на работу	11	11,0
Ущемление в оплате труда	5	5,0
Отказ в приеме в учебное заведение	2	2,0
Другое	4	4,0
Затрудняюсь ответить	22	22,0

Таблица 30.

Возраст	Кол-во, чел.	Доля, в %
18-30 лет	23	23,0
31-55 лет	63	63,0
55 лет и старше	12	12,0
Нет ответа	2	2,0
Всего	100	100,0

Таблица 31.

Пол	Кол-во, чел.	Доля, в %
Мужчина	43	43,0
Женщина	57	57,0
Всего	100	100,0

Таблица 32.

Какая у Вас группа инвалидности?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Первая группа	18	18,0
Вторая группа	55	55,0
Третья группа	13	13,0
Нет группы, сняли	5	5,0
Отказался от группы инвалидности	2	2,0
Нет ответа	7	7,0
Всего	100	100,0

Таблица 33.

В каком году Вы получили инвалидность?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Менее года назад	5	5,0
От года до пяти лет назад	22	22,0
Более пяти лет назад	64	64,0
Отказался от группы инвалидности	2	2,0
Нет ответа	7	7,0
Всего	100	100,0

Таблица 34.

В каком году Вы получили инвалидность?	Кол-во, чел.	Доля, в %
7 нозологий	40	40,0
Заболевания нервной системы	26	26,0
Болезни костно-мышечной системы	19	19,0
Нарушение зрения	4	4,0
Болезни системы кровообращения	3	3,0
Нарушение слуха/речевого аппарата	2	2,0
Отказался от группы инвалидности	2	2,0
Онкологические заболевания	1	1,0
Эндокринные заболевания, диабет	1	1,0
Другое	1	1,0
Нет ответа	1	1,0
Всего	100	100,0

Таблица 35.

Образование	Кол-во, чел.	Доля, в %
Начальное	1	1,0
Неполное среднее	1	1,0
Общее среднее	9	9,0
Среднее специальное/среднее техническое	34	34,0
Н/высшее и высшее	55	55,0
Всего	100	100,0

Таблица 36.

Есть ли у вас дети?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Нет детей	37	37,0
Есть дети, в том числе до 18 лет	33	33,0
Есть дети, все старше 18 лет	26	26,0
Нет ответа	4	4,0
Всего	100	100,0

Таблица 37.

С кем вы живете?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Живу один (одна)	10	10,0
Живу с семьей (мужем/женой, детьми, родителями, другими родственниками)	86	86,0
Другое	2	2,0
Нет ответа	2	2,0
Всего	100	100,0

Таблица 38.

Как бы вы оценили материальное положение вас и вашей семьи?	Кол-во, чел.	Доля, в %
Не хватает денег на самое необходимое	9	9,0
На ежедневные расходы хватает, но на покупку одежды уже нет	29	29,0
В основном денег хватает, но при покупке товаров длительного пользования (телевизор, холодильник и т.п.) сбережений недостаточно	35	35,0
Покупка товаров длительного пользования не вызывает затруднений, однако покупка квартиры, автомобиля или дорогостоящий отпуск недоступны	14	14,0
Практически ни в чем себе не отказываю	2	2,0
Затрудняюсь ответить	11	11,0
Всего	100	100,0

ДЛЯ ЗАМЕТОК

