

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта»  
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации,  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего  
образования Первый Московский государственный медицинский университет  
имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)

*На правах рукописи*

Владимирова Оксана Николаевна

**Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением  
мобильности**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация

Диссертация  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Научные консультанты:  
академик РАН, доктор медицинских наук,  
профессор, заслуженный деятель науки РФ  
Пузин Сергей Никифорович,  
доктор медицинских наук, профессор  
Ачкасов Евгений Евгеньевич

Санкт-Петербург - 2020

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ (обзор литературы).....	19
1.1 Медико-демографические предпосылки формирования проблемы .....	19
1.2 Инвалидность с позиций медицинской, социальной и биопсихосоциальной парадигм.....	23
1.3 Комплексная реабилитация инвалидов с ограничением мобильности, доступная среда, технологии постреабилитационного сопровождения.....	30
1.4 Решение вопросов обустройства жилья в Российской Федерации для инвалидов с ограничением мобильности.....	47
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	55
2.1 Дизайн комплексного медико-социального исследования.....	55
2.2 Обоснование выбора единиц наблюдения .....	62
2.3 Методы исследования и статистическая обработка результатов исследования.....	67
ГЛАВА 3. ИНВАЛИДНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР ФОРМИРОВАНИЯ КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ ..	69
3.1 Анализ медико-демографических показателей .....	69
3.2 Анализ показателей контингента общей инвалидности .....	75
3.3 Анализ показателей первичной инвалидности.....	82
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ.....	95
4.1 Показатели функционирования инвалидов с ограничением мобильности.....	95

4.2 Жизнедеятельность инвалидов с ограничением мобильности.....	107
4.3 Потребность инвалидов в комплексной реабилитации.....	113
ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ (ИНДИКАТОРЫ) БАРЬЕРНОСТИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ.....	124
5.1 Результаты изучения жилой среды инвалидов с ограничением мобильности и государственных мер по ее адаптации .....	124
5.2 Барьеры жилых помещений для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках.....	128
5.2.1 Общая характеристика барьеров.....	128
5.2.2 Барьеры в различных зонах жилого помещения.....	136
5.3 Барьеры социальной инфраструктуры .....	148
5.4 Барьеры для инвалидов при получении медико-социальных услуг.....	152
ГЛАВА 6. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АДАПТАЦИИ ЖИЛЬЯ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ.....	163
6.1 Экспертная оценка потребности инвалидов с ограничением мобильности в адаптации жилья .....	163
6.2 Пример применения реабилитационно-экспертной диагностики инвалида с ограничением мобильности в адаптации жилья.....	174
6.3 Организационные меры по адаптации жилья инвалидов с ограничением мобильности .....	179
ГЛАВА 7. КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЙ ПОДХОД, УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛЬ .....	183
7.1 Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением	

мобильности в субъектах Российской Федерации.....	184
7.2 Контроль и управление в системе комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности.....	205
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	213
ВЫВОДЫ.....	242
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	246
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	248
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	305
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	307
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	311
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	315

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В мире около 15 % населения (более 1 миллиарда человек) являются инвалидами, из них 10 % инвалидов (около 70 млн человек) имеют значительно выраженные нарушения мобильности, т. е. нуждаются в инвалидной коляске [334, 335, 352, 377, 378]. В Российской Федерации, по официальным данным, 59 % населения страны рассматриваются как маломобильные группы населения [120, 188].

В России насчитывается около 12 млн инвалидов [30, 70, 93, 120, 178, 188]. Доля инвалидов в общей численности населения составляет 8,7 %, из них 320 тыс. человек – инвалиды-колясочники. Более 70,4 % инвалидов – лица старше 55 лет. В Санкт-Петербурге 9,4 тыс. человек передвигались на креслах-колясках, что составило около 0,2 % населения города. Уровень первичной инвалидности в пенсионном возрасте значительно выше (более чем в 3 раза), чем в трудоспособном возрасте и составляет от 228,6 до 278,1 инвалидов на 10 тыс. лиц пенсионного возраста [22, 76, 253]. К маломобильным группам населения отнесены лица старших возрастных групп, инвалиды, лица с временными нарушениями здоровья и другие [281]. Современная медико-демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется процессами естественной убыли населения по многим регионам, депопуляции, регрессивным типом возрастной структуры населения, сокращением численности трудоспособного населения, усугублением разрыва между возрастными группами населения [22, 77, 78, 127, 130, 135, 207, 262]. Приведенные факторы представляют потенциальную угрозу устойчивому развитию страны, приводя к нехватке трудовых ресурсов, перенапряжению системы социального обеспечения, здравоохранения и пенсионных фондов, требуют серьезной коррекции государственных программ и реформирования социальной политики в интересах старшего поколения в РФ [20, 33, 34, 83, 290, 298, 376, 378].

Феномен инвалидности рассматривается не только с медицинской, но и с социальной точки зрения соблюдения прав инвалидов на полноценную жизнь в обществе, обуславливая особую значимость вопросов комплексной реабилитации и последующего включения в жизнь данных граждан [3, 6, 22, 29–31, 41, 42, 71, 79, 93, 104, 116, 121–124, 158, 223, 232, 324, 334–337].

Современной методологической основой реформирования являются Конвенция о правах инвалидов (ООН, 2006) и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (ВОЗ, 2001) [121–124, 187, 334, 335, 355, 361].

В последние годы в России активно развивается нормативная правовая база, направленная на совершенствование действий в интересах инвалидов и граждан старшего поколения. Так, с 2012 по 2015 г. изменено 25 федеральных законов, принято более 60 актов Правительства Российской Федерации и федеральных министерств [13, 15, 34, 54–56, 70, 72, 79, 82, 93, 109, 178–186, 189–210], утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [207]. Новый импульс развитию системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации был дан Государственной программой РФ «Доступная среда» на 2011–2025 годы, в которой впервые были запланированы мероприятия по ее совершенствованию в рамках финансирования федерального бюджета [188]. Впервые в 2018 г. были выделены субсидии на финансирование региональных программ по комплексной реабилитации инвалидов.

Таким образом, феномен инвалидности, в том числе лиц с ограничением мобильности, активно развивается под влиянием новой идеологии и нормативной правовой базы. Нуждаются в уточнении тенденции ее формирования, анализ здоровья и жизнедеятельности инвалидов для обоснования их потребностей в комплексной реабилитации на индивидуальном, учрежденческом, региональном и федеральном уровнях. В рамках меняющегося облика социальной защиты и геронтологической помощи требует развития концепция комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, особенно с учетом

условий социальной среды или факторов «окружающей среды» (в терминологии МКФ). Отсутствуют организационно-правовые механизмы управления системой комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, оценка ее эффективности, в том числе за счет федеральных и региональных программ финансирования. Все вышеизложенное диктует необходимость проведения комплексного медико-социального исследования, обуславливает актуальность работы, ее цель и задачи.

**Степень разработанности темы исследования.** На современном этапе развития медико-социальной реабилитации представлены многочисленные исследования, посвященные изучению показателей здоровья инвалидов с ограничением мобильности, особенностям проведения реабилитационных мероприятий, однако широкие возможности биопсихосоциального подхода, предлагаемого Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, еще не до конца выяснены. Учитывая то, что на здоровье и жизнедеятельность инвалидов значительное влияние оказывают факторы «окружающей среды» (в терминологии МКФ), требуется дальнейшее системное их изучение с целью использования полученных сведений при разработке концепции комплексной реабилитации данных инвалидов. Отсутствие научно обоснованных методик экспертной диагностики потребностей инвалидов с ограничением мобильности в мерах медико-социальной реабилитации с учетом современных положений МКФ, четкой системы управления и контроля за развитием системы реабилитации и абилитации для исполнения индивидуальных программ в субъектах РФ определило тему, объект, цель и задачи исследования.

**Цель исследования.** Разработка и научное обоснование системы комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности на основании изучения их функционирования и жизнедеятельности в контексте доменов окружающей среды.

**Задачи исследования:**

1. Провести анализ медико-демографических показателей, общей и первичной инвалидности как медико-социального индикатора формирования контингента инвалидов с ограничением мобильности.

2. Выявить закономерности формирования инвалидности с ограничением мобильности, связанные с возрастом, местом проживания, нарушениями функций организма и категориями ограничений жизнедеятельности инвалидов.

3. Определить перечень основных потребностей инвалидов с ограничением мобильности в комплексной реабилитации на разных уровнях его оценки (индивидуальном, учрежденческом, региональном, федеральном).

4. Выявить и оценить влияние «барьеров окружающей среды» (в терминологии МКФ), влияющих на удовлетворение основных потребностей инвалидов с ограничением мобильности, в жилом помещении, на объектах социальной инфраструктуры, а также при получении медико-социальных услуг.

5. Разработать алгоритм и критерии реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности для адаптации жилья.

6. Определить факторы, детерминирующие систему комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности.

7. Сформулировать инновационные предложения по формированию концепции комплексной реабилитации инвалидов с ограничениями мобильности и ее практическому внедрению посредством программ субъектов Российской Федерации.

**Научная новизна.** В результате исследований впервые получены данные о показателях первичной инвалидности лиц с ограничением мобильности в РФ, испытывающих затруднения при передвижении и получении услуг на объектах социальной инфраструктуры. Выявлено, что среди всех первичных инвалидов 35,5 % являлись инвалидами с ограничением мобильности вследствие нарушений разных функций: нейромышечной, скелетной и связанной с движением (статодинамической) функции, психической функции, сенсорной функции, языковых и речевых нарушений.



Впервые определены особенности функционирования и ограничений жизнедеятельности инвалидов с ограничением мобильности, связанные с возрастом (инвалидов со значительным ограничением мобильности в 2,4 раза больше в возрасте старше трудоспособного), с тяжестью, с местом проживания (город/село), и другие характеристики, значимые для развития реабилитационной инфраструктуры в субъектах Российской Федерации.

Впервые выявлено влияние барьеров жилого помещения на жизнедеятельность инвалида, передвигающегося на кресле-коляске: при условии успешного обеспечения инвалида креслом-коляской, обучения пользования ею, полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению достигают лишь 6,7–20,0 % инвалидов в зависимости от передвижения в разных зонах жилого помещения; при передвижении на улице – от 2,9 до 7,9 %, соответственно.

Впервые сформулированы научно обоснованные принципы и методика экспертно-реабилитационной диагностики барьеров жилого помещения с учетом ограничений мобильности инвалидов в соответствии с биопсихосоциальным подходом, предлагаемым МКФ.

Впервые предложена трехуровневая система комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности (индивидуальный уровень, учрежденческий и системный): определены полномочия участников системы реабилитации, обоснован программный способ ее развития за счет планов и программ субъектов РФ, модель управления и контроля, сформирован перечень программных мероприятий, обеспечивающих комплексной подход и правозащитную модель, рекомендованную Организацией Объединённых Наций для использования в странах, ратифицирующих Конвенцию о правах инвалидов.

**Теоретическая и практическая значимость.** Определены закономерности формирования инвалидности с ограничением мобильности, которые могут быть использованы при разработке программ по профилактике и снижению инвалидности, а также федеральных и региональных программ по созданию

доступной среды и комплексной реабилитации и абилитации, при планировании и осуществлении конкретных мероприятий.

Результаты изучения показателей здоровья, жизнедеятельности инвалидов с ограничением мобильности и окружающей среды в соответствии с положениями МКФ позволили сформулировать перечень основных потребностей инвалидов на разных уровнях их оценки: федеральном, региональном и учрежденческом. Основные домены функционирования и жизнедеятельности инвалидов предложены в качестве наиболее информативных критериев (индикаторов) определения нуждаемости в комплексной реабилитации для инвалидов с ограничением мобильности разного возраста, включая трудоспособный и старше трудоспособного.

Инновационная методика изучения барьеров жилого помещения (на примере инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске) направлена на оптимизацию реабилитационно-экспертной диагностики потребностей инвалидов, как в учреждениях медико-социальной экспертизы, так и в реабилитационных учреждениях.

Предложения по методологии изучения влияния факторов окружающей социальной среды на инвалидов положены в основу системы федерального и регионального мониторинга на двух уровнях: на индивидуальном уровне (методики определения потребности инвалидов в реабилитации и абилитации и методики определения потребностей инвалидов в создании доступной среды жизнедеятельности); на общественном (методики изучения реабилитационной инфраструктуры и методики паспортизации объектов социальной инфраструктуры).

Трехуровневая система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности в субъекте Российской Федерации позволила:

- реализовать правозащитный подход, предупредить дискриминацию инвалидов на региональном уровне путем включения всех исполнительных органов государственной власти (ИОГВ) субъекта РФ в решение вопросов реабилитации и абилитации;

– разделить полномочия федеральных и региональных органов исполнительной власти по финансированию реабилитационных и абилитационных мероприятий;

– предусмотреть содержательный, финансовый, общественно-политический и результирующий контроль для исполнения государственных гарантий по реабилитации и абилитации инвалидов; включить целевую аудиторию (инвалидов, родителей детей-инвалидов и соответствующие общественные организации) в контроль программ реабилитации;

– реализовать принцип комплексного подхода к реабилитационным и абилитационным мероприятиям.

**Личное участие соискателя в получении результатов, изложенных в диссертации.** Диссертационное исследование является результатом самостоятельной работы автора – от постановки цели и задач до оценки и анализа полученных результатов, выводов и рекомендаций. Автор самостоятельно выполнила обзор отечественной литературы, нормативных правовых документов и зарубежной литературы. Лично произвела набор исследовательского материала. Непосредственно участвовала во всех этапах исследования и апробации: разработала программу исследования, карты и анкеты, формировала базы данных, анализ, обобщала и интерпретировала научные результаты. Автор лично сформулировала девять положений, выносимых на защиту, а также научную новизну и практические рекомендации по комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности.

**Методология и методы исследования.** Работа выполнялась по социально-гигиеническому, медико-социальному и организационному направлениям.

Объектами исследования были выбраны:

– инвалиды, которые встали на учет в Пенсионный фонд РФ, Министерства обороны РФ, МВД РФ и Федеральной службы безопасности РФ, ФСИН Минюста России и Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков, с 2015 г. – с учетом Крымского федерального округа;

– лица трудоспособного возраста по состоянию на период исследования (женщины до 54 лет и мужчины до 59 лет) и лица старше трудоспособного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше);

– впервые признанные инвалидами в Российской Федерации учреждениями медико-социальной экспертизы;

– инвалиды трудоспособного и старше трудоспособного возраста, включая инвалидов с ограничением мобильности, в т. ч. передвигающихся на кресле-коляске;

– специалисты, оказывающие инвалидам медицинские и социальные услуги;

– учреждения МСЭ, проводившие реабилитационно-экспертную диагностику; жилые помещения инвалидов; учреждения и исполнительные органы государственной власти, задействованные в организации обустройства жилья инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках; учреждения и организации, занимающиеся вопросами медико-социальной реабилитации и социальной интеграции инвалидов с ограничением мобильности: федерального уровня и уровня субъекта РФ;

– международные и российские документы.

В процессе исследования использованы следующие методы: документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический, аналитический, контент-анализа, социологического опроса, метод экспертных оценок. Проведена статистическая обработка полученных сведений.

Диссертационное исследование выполнено согласно паспорту научной специальности 14.02.06 «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация», так как в работе автором изучена научная проблема формирования закономерностей инвалидности с ограничением мобильности и системы комплексной реабилитации данных граждан.

Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской деятельности ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России (в соответствии с планом НИР), в

Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования внедрены в деятельность:

– Департамента по делам инвалидов Минтруда России (были внесены предложения в действующие нормативно-правовые документы и проекты новых нормативно-правовых документов);

– в учебный процесс СПБИУВЭК Минтруда России;

– в деятельность исполнительных органов государственной власти в сфере социальной защиты населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области;

– в деятельность учреждений медико-социальной экспертизы по 11 субъектам РФ;

– в деятельность ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России;

– в деятельность государственных реабилитационных учреждений Санкт-Петербурга.

Материалы исследования были использованы Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации при разработке и утверждении приказов:

– «Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики», приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 627 [193];

– «Об утверждении методики разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации)», приказ Минтруда России от 26.12.2017 № 875 [191];

– «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов», приказ Минтруда России от 30.06.2017 № 545 [190];

– «Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных», приказ Минтруда России от 03.12.2018 № 765 [194];

– «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н [167].

**Апробация работы.** Материалы диссертационного исследования были апробированы в рамках мероприятий проекта сотрудничества Европейского союза и Российской Федерации под бенефициаром Минтруда России «Система реабилитационных услуг для лиц с ограниченными возможностями в РФ» (научные, образовательные, практические мероприятия, информационная служба).

Также результаты диссертационного исследования докладывались в 8 Федеральных округах РФ (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Владивосток, Чита, Владикавказ, Екатеринбург, 2012) на семинарах, организованных Министерством труда и социальной защиты РФ по обучению специалистов вопросам формирования доступной среды жизнедеятельности.

Основные результаты исследования были доложены на международных конгрессах и конференциях: OTWORLD, Orthopadie+Recha-Technic 2014 (Лейпциг, 2014), Global Harmony for Occupational Health: Bridge the World: 31st International Congress on Occupational, 31.05–05.06.2015. ICOH (Сеул, 2015), 14th Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) Glasgow Caledonian University Glasgow, Scotland, UK 24 – 27 May 2017, Илизаровские чтения (Курган, 2012–2015), Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации (Минск, 2013), «Старшее поколение» (Санкт-Петербург, 2014), «Современная модель инвалидности и реабилитации инвалидов: в рамках мероприятий ГП «Доступная среда» (Санкт-Петербург, 2015),

Междисциплинарное взаимодействие в реабилитации и ортотерапии (Санкт-Петербург, 2016), Инвалидность и реабилитация (Санкт-Петербург, 2016), Технологии реабилитации: наука и практика (Санкт-Петербург, 2018), II Международной научной конференции «Технологии реабилитации: наука и практика» (Санкт-Петербург, 2019).

Также материалы работы доложены на всероссийских конгрессах, научно-практических конференциях и семинарах: Российском национальном конгрессе «Человек и его здоровье» (2009–2014), «Современные подходы ко МСЭ в РФ с учетом МКФ и Конвенции ООН о правах инвалидов» (Ижевск, 2011), «Актуальные вопросы МСЭ и реабилитации детей-инвалидов» (Москва, 2014), «Современные тенденции профессиональной реабилитации инвалидов» (Санкт-Петербург, 2015), «Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия при реализации ИПРА (Санкт-Петербург, 2015), «Доступная среда. Аспекты второго плана» (Новокузнецк, 2015), «Теоретические и прикладные аспекты совершенствования организации и методов реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения» (Новокузнецк, 2016), I и II национальных конгрессах «Реабилитация XXI век: традиции и инновации» (Санкт-Петербург, 2017, 2018).

Апробация работы состоялась на заседании объединённой проблемной комиссии ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 1 ноября 2019 г. (протокол № 1).

**Публикации.** Материалы исследования изложены в 50 научных работах, из них 21 статья опубликована в ведущих рецензируемых журналах, определенных ВАК, в том числе 5 статей – в журналах, входящих в базу Scopus. По теме и материалам диссертации изданы 3 справочника, 19 учебно-методических пособий и других изданий для врачей медицинских организаций, учреждений медико-социальной экспертизы и специалистов медико-социальной реабилитации.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация включает 320 страниц текста. Представлены введение, обзор литературы, 5 глав с результатами собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и сокращений, приложения. Список литературы состоит из 379 источников, из которых 321 отечественных и 58 иностранных. Материалы исследования проиллюстрированы 69 таблицами и 31 рисунком.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Первичная инвалидность в РФ представлена в 35,5 % лицами с ограничением мобильности, испытывающими затруднения при передвижении и получении услуг на объектах социальной инфраструктуры. У лиц старше трудоспособного возраста по сравнению с лицами трудоспособного возраста первичная инвалидность характеризуется большей тяжестью нарушений статодинамических функций и ограничением мобильности, что необходимо учитывать при проведении комплекса реабилитационных мероприятий.

2. Показатели общей и первичной инвалидности лиц старше трудоспособного возраста характеризуют постарение населения Российской Федерации и могут рассматриваться как индикаторы в социальной геронтологии.

3. Закономерности формирования инвалидности с ограничением мобильности связаны с возрастом, местом жительства, нарушениями функций и ограничением жизнедеятельности инвалидов. Инвалидность с ограничением мобильности определяется не только нарушениями статодинамической функции, но и нарушением психических, сенсорных, языковых и речевых функций; жизнедеятельность данных инвалидов ограничена не только в самостоятельном передвижении (в жилом помещении, на объектах социальной инфраструктуры, на отдалённые расстояния), но и в самообслуживании и трудовой деятельности.

4. Основные потребности инвалидов с ограничением мобильности детерминированы характером и степенью нарушений функций и структур организма, видами активности и участия инвалида в социальных взаимодействиях, барьерами окружающей среды, в том числе в жилом помещении.



5. Несмотря на предпринимаемые в государстве меры по комплексной реабилитации и обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР), жизнедеятельность инвалидов ограничена из-за влияния барьеров в жилых помещениях и на объектах социальной инфраструктуры, меры по устранению барьеров необходимо предусматривать при разработке региональных программ по социальной защите инвалидов.

6. Алгоритм реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности для адаптации жилья включает 3 последовательных этапа оценки медико-социальных критериев и барьеров жилого помещения и аналитический этап – вынесение решения о возможности устранения барьеров для инвалидов с разной степенью нарушений статодинамической функции.

7. Критерии реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности для адаптации жилья включают: клинко-функциональные показатели (домены МКФ bxx.x и sxx.x), активность и участие (домены МКФ dxx.x) и факторы окружающей среды (домены МКФ ехх.x).

8. Систему комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности определяют показатели трехуровневой оценки: федеральные, региональные и реабилитационных организаций/учреждений, основанные на оценке доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

9. Разработанная трехуровневая концепция комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности практически внедряется в субъектах Российской Федерации посредством программно-целевого метода. Концепция предусматривает разделение полномочий между федеральными учреждениями, исполнительными органами государственной власти субъекта РФ и учреждениями по реализации индивидуальных программ реабилитации, а также управленческие звенья и эффективные виды контроля.

**Степень достоверности результатов проведенных исследований.** Достоверность научных результатов подтверждена: объемом и методами исследования, а также способами их статистической обработки. В исследовании

учитывались требования доказательной медицины. Статистическая обработка данных проведена на персональном компьютере MBASUSP5B-VMCP Intel Pentium® E 2140 в ОС Windows XP с использованием лицензионного продукта Microsoft Office Excel 2007 (лицензия № 87573537).

Проведена комиссия по проверке первичной документации, которая подтвердила личное авторство работы диссертанта.

### **Благодарности**

Помощь в проведении исследования оказали руководители и специалисты Минтруда России, учреждений МСЭ по Санкт-Петербургу, Ленинградской и Нижегородской области, Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, Комитета по социальной защите населения Ленинградской области, Центров социальной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста Санкт-Петербурга, Межрегионального ресурсного центра «Доступный мир», СПБИУВЭК, Сотрудничающего Центра ВОЗ по семейству международных классификаций в РФ (МКФ), автор выражает им благодарность.

Автор выражает огромную благодарность генеральному директору ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России доктору медицинских наук профессору Пономаренко Геннадию Николаевичу за поддержку диссертационного исследования, а также сотрудникам Института реабилитации и абилитации инвалидов и Института протезирования и ортезирования ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда РФ.

При формировании концептуальных положений диссертационного исследования неоценимую методологическую помощь оказали научные консультанты: академик РАН доктор медицинских наук профессор Пузин Сергей Никифорович и доктор медицинских наук профессор Ачкасов Евгений Евгеньевич, автор им искренне благодарен.

Особую признательность автор выражает своему учителю, доктору медицинских наук, профессору Коробову Михаилу Васильевичу.

# ГЛАВА 1. ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ (обзор литературы)

## 1.1 Медико-демографические предпосылки формирования проблемы

Согласно российскому законодательству, «инвалид» – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [173]. К маломобильным группам населения (МГН) отнесены инвалиды, люди с временным нарушением здоровья, беременные женщины, люди старших возрастов, люди с детскими колясками и т. п. [281, 283].

Под приоритетными сферами жизнедеятельности инвалидов и других МГН понимают сферу охраны здоровья, культурной жизни, транспорт, средства связи и информации, сферу образования, социальной защиты населения, медико-социальную экспертизу, занятость граждан, спорт и физическая культура [192, 281, 282].

Старение населения является глобальным явлением: практически в каждой стране мира наблюдается рост численности и доли пожилых людей в составе их населения [376]. В 2019 г. в мире насчитывалось 703 млн человек в возрасте 65 лет и старше [376]. Согласно прогнозам, число пожилых людей удвоится до 20 млрд в 2050 г. [376]. Ожидается, что к 2050 г. каждый шестой человек в мире будет в возрасте 65 лет или старше [376]. Прогнозируют, что доля лиц старше трудоспособного возраста (ЛСТВ) в Российской Федерации увеличится с 2016 по 2025 г. с 24,6 до 27 % и составит 39,9 млн человек [171, 172, 207].

Современная медико-демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется процессами естественной убыли населения по многим субъектам РФ, депопуляции, регрессивным типом возрастной структуры населения,

усугублением разрыва между возрастными группами [22, 77, 78, 127, 130, 207, 249, 261, 262, 266, 289]. За период с 1992 по 2008 г. естественная убыль была значительна и составила 12,5 млн человек [61, 62]. В целом по РФ показатели естественного прироста населения составляли ежегодно по 0,2 на 1000 человек населения лишь с 2013 г. [61].

Следствием депопуляционных процессов являлись не только численные потери населения, но и ухудшение его качественных параметров. Отмечают сокращение численности лиц трудоспособного возраста (ЛТВ) как в абсолютном, так и в относительном значении [32, 33, 77, 78, 130, 138, 139, 148, 314, 376].

Возрастная структура населения страны диспропорциональная, с существенной разницей в продолжительности жизни мужчин и женщин. Высокие показатели смертности трудоспособных мужчин связывают с ростом потребления алкоголя, трудом в неблагоприятных условиях, сложной адаптацией к новой социальной и экономической реальности, что обуславливает рост сердечно-сосудистых заболеваний [100, 171, 172, 178, 207, 250, 251, 266, 280, 298, 309, 310, 376].

Зарегистрированы существенные региональные различия в демографической ситуации. В самом «старом» регионе России – Тульской области – доля ЛСТВ на начало 2014 г. составила 29,1 %, в самых «молодых» – Ямало-Ненецком автономном округе и Чеченской Республике – менее 9 %.

В 2002–2010 гг. доля ЛСТВ в общей численности населения увеличилась с 20,5 до 22,2 %. Демографическое старение считается сенильной депопуляцией, если доля ЛСТВ превышает 20 %. При этом численность лиц в возрасте 65 лет и старше уменьшилась на 3,2 % (с 18,8 до 18,2 млн человек), в возрасте 80 лет и старше – увеличилась на 57,9 % (с 2,7 до 4,2 млн человек) [171, 172, 178, 207, 298].

В последние годы в Российской Федерации наблюдается увеличение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни старшего поколения, уменьшение смертности населения и, соответственно, некоторое улучшение демографической ситуации, что является, по мнению разных авторов,

результатом последовательной реализации комплексных мер, принимаемых в соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. и Указами Президента Российской Федерации [19, 20, 33, 34, 83, 290, 298, 300].

Все приведенные социально-демографические факторы в совокупности представляет потенциальную угрозу устойчивому развитию страны, формируют социально-экономические риски, вызывают дефицит трудовых ресурсов, напряжение социального, в том числе пенсионного страхования в ближайшей перспективе [130]. Увеличение числа пенсионеров приводит к перенапряжению системы социального обеспечения, пенсионной системы и системы здравоохранения и требует серьезной коррекции государственных программ и реформирования геронтосоциальной политики в Российской Федерации [20, 33, 34, 83, 290, 298, 309, 328, 342, 347].

Выявлено около 2 млн пожилых граждан, нуждающихся в услугах в сфере социального обслуживания (по результатам мониторинга социально-экономического положения) [171, 172, 178, 181].

Из бюджетов субъектов РФ было выделено 848,4 млрд руб. и из других источников – 38,47 млрд руб. для финансирования программ улучшения качества жизни пожилых: укрепление здоровья, улучшение среды и др. [171].

Здоровье и продолжительность жизни населения определяют трудовой потенциал страны, возможности производства валового национального продукта. В трудоспособном возрасте умирает каждый десятый мужчина. Снижение смертности невозможно без укрепления здоровья и профилактических мероприятий, в том числе направленных на профилактику инвалидности [198, 262, 264, 267, 309, 376]. В связи с инвалидностью общество также несет прямые и не прямые экономические потери. Например, при хронических бронхообструктивных заболеваниях объем прямых затрат на лечение одного инвалида составил, по расчётам авторов, 70–80 тыс. руб. в год, а невыработка валового национального продукта – 400–500 тыс. руб. ежегодно [75, 106].

У пожилого населения выделены особенности, связанные со здоровьем.

1. Уровень общей заболеваемости в 1,3 раза превышает аналогичный показатель по населению страны в целом. Каждый третий пожилой человек нуждается в ежегодной госпитализации (27,7 %) [233–235].

2. Наличие у пожилых людей хронических заболеваний: каждый второй респондент ЛСТВ указал на наличие хронического заболевания (58,6–55,3 %). Нуждаемость в медицинской помощи отмечалась в 2014 г. у 43,8 % ЛСТВ, что в 1,6 раза выше популяционных показателей, индекс полиморбидности у лиц пожилого возраста составил 5,23+0,6 заболеваний / один больной [21, 234, 241, 242, 276, 326].

3. Наличие у пожилых людей проблем (барьеров), связанных с возможностями прохождения назначенного курса лечения и обследования в медицинских учреждениях, среди которых наиболее значимы: длительная очерёдность, дорогостоящее платное лечение, отсутствие средств на покупку лекарств, медикаментов [234, 241, 242, 244].

4. Наличие более чем у 40 % ЛСТВ проблем, сдерживающих их обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения: проводили лечение самостоятельно (половина респондентов), не удовлетворены работой медучреждений около 30 %, не рассчитывают на эффективность лечения – четверть пациентов, особенно в сельских поселениях [234, 241, 242].

В социальном портрете ЛСТВ, по официальным сведениям Росстата, каждый третий пенсионер работал. Безработица ЛСТВ составила 3,1 %. Экономические мотивы доминируют в числе причин, побуждающих работающих пенсионеров работать (недостаток денежных средств на текущее потребление – 74,0 %); присутствуют также социально-психологические мотивы: возможность общения с людьми – 26,9 %; желание сделать сбережения на будущее – 24,6 %; стремление к финансовой самостоятельности (независимости) – 23,0 %; интерес к работе – 22,1 %; привычка – 19,9 % и другие [49].

В центре внимания социальной геронтологии – причины раннего профессионального старения, биологические маркеры старения, особенности предпенсионного и пенсионного периодов жизни, трудоспособность,

профессиональная и социальная активность старых людей, особенности проведения комплексной гериатрической оценки, вопросы организации гериатрической помощи и межведомственное взаимодействие [1, 19, 20, 33, 34, 83, 100, 161, 162, 201, 204, 211, 254–256, 296, 327–329, 347 и др.].

Анализ литературы по данному вопросу позволяет констатировать сложную медико-демографическую ситуацию, связанную с процессами естественной убыли населения, депопуляции, регрессивным типом возрастной структуры населения, усугублением разрыва между возрастными группами населения, наличие у ЛСТВ различных медико-социальных проблем, связанных, в т. ч. и с «барьерами окружающей среды» (в терминологии МКФ). В связи с изложенными фактами проведение комплексного изучения тенденций формирования общей и первичной инвалидности в свете современной медико-демографической ситуации и новой биопсихосоциальной модели инвалидности МКФ является чрезвычайно актуальным.

## **1.2 Инвалидность с позиций медицинской, социальной и биопсихосоциальной парадигм**

По современным данным, около 15 % населения мира (более 1 миллиарда человек) имеют инвалидность [377, 378]. По данным ВОЗ, этот показатель увеличился на 5 % с 1970-х годов [260, 334, 335, 337, 377].

Демография российской инвалидности: за 10 лет – с 1993 по 2002 г. – численность инвалидов в России выросла с 4,8 млн человек до 10,8 млн (около 8 % всего населения страны) по причине вовлечения в официальную статистику инвалидности ранее скрытых от нее контингентов (участников Великой Отечественной войны и инвалидов – получателей пенсии по старости), благодаря чему численность инвалидов возросла примерно на 4 млн человек [71, 79, 104]. Численность ЛТВ-инвалидов за 1992–2000 гг. увеличилась с 2,5 до 4 млн человек

[3, 93]. В настоящее время в РФ по официальным данным инвалиды составляют около 8,8 % населения (около 12 млн человек) и более 40 млн маломобильных граждан – 59 % населения [120, 142, 188]. При этом ежегодно инвалидность устанавливается более 700 тыс. взрослым, половина из них – женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет, четвертая часть которых (23,3–22,1 %) проживает в сельских поселениях [22, 226, 228].

Инвалидность – многогранный, многоаспектный социальный феномен, который изучают представители различных наук, что делает его комплексным, мультидисциплинарным [6, 29–31, 87, 92, 94, 265, 295, 317–321 и др.]. Широко представлены в литературе исследования, представляющие различные парадигмы инвалидности и отдельные вопросы инвалидов с ограничением мобильности: медицинскую [11, 24, 27, 57–59, 64, 66, 67, 69, 76, 86, 88, 110, 339 и др.], социальную [2, 4, 6, 7, 12, 79, 221, 265, 271, 322 и др.], биопсихосоциальную [8, 18, 23, 37–42, 84, 85, 98, 104, 144, 272, 323, 325 и др.]. Достаточно подробно разные авторы изучали инвалидность с точки зрения медицинских аспектов: исследованы показатели функционирования, рассмотрены отдельные формы заболеваний, клинические особенности нарушений функций, в том числе у маломобильных инвалидов [132, 141, 163, 214, 253, 254, 316, 325, 327 и др.].

Феномен инвалидности рассматривается не только с медицинской, но и с правозащитной точки зрения [13, 41, 42, 46–48, 79, 87, 90, 93–95, 104, 112, 116, 121–124, 135, 158, 164, 223, 229, 284, 307]. Сторонники социальной (правозащитной) модели инвалидности уделяют большее внимание физическим, информационным, отношенческим барьерам окружающей среды, отсутствию возможности равного доступа к учреждениям социальной инфраструктуры для пользования всеми благами цивилизованного общества [68, 79, 89, 100, 315].

Современная международная политика в отношении инвалидов – результат развития общества в течение нескольких последних десятилетий [47, 48, 60, 74, 115, 117, 158, 223, 259, 260, 265, 331, 338, 343, 346, 349, 351, 352, 361, 366, 367, 370, 373, 375, 377, 378]. В 1948 г. Организация Объединенных Наций провозгласила Всеобщую декларацию прав человека, появилась основа для



любых движений, отстаивающих свои гражданские и человеческие права, включая инвалидов [48]. В Декларации о правах людей с физическими или умственными недостатками (ООН, 1975) впервые было подчеркнуто, что «люди с физическими или умственными недостатками имеют право на то, чтобы их особые потребности учитывались во всех фазах экономического и социального планирования» [60]. Во Всемирной программе действий в отношении инвалидов (ООН, 1982) впервые инвалидность (нетрудоспособность) определена как функция отношений между инвалидами и окружающей средой [47].

В 2001 г. ВОЗ приняла Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [145]. В 2000–2003 гг. она была переведена и адаптирована командой исследователей СПБИУВЭК Минтруда России под руководством проф. М. В. Коробова и проф. Г. Д. Шостки [145]. МКФ обеспечила исследователей и практиков унифицированным стандартным языком и определила рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. «Зонтичная модель инвалидности» МКФ пришла на смену «линейной модели инвалидности» МКН – Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (рисунок 1) [120–125, 145, 317–320, 325, 351].

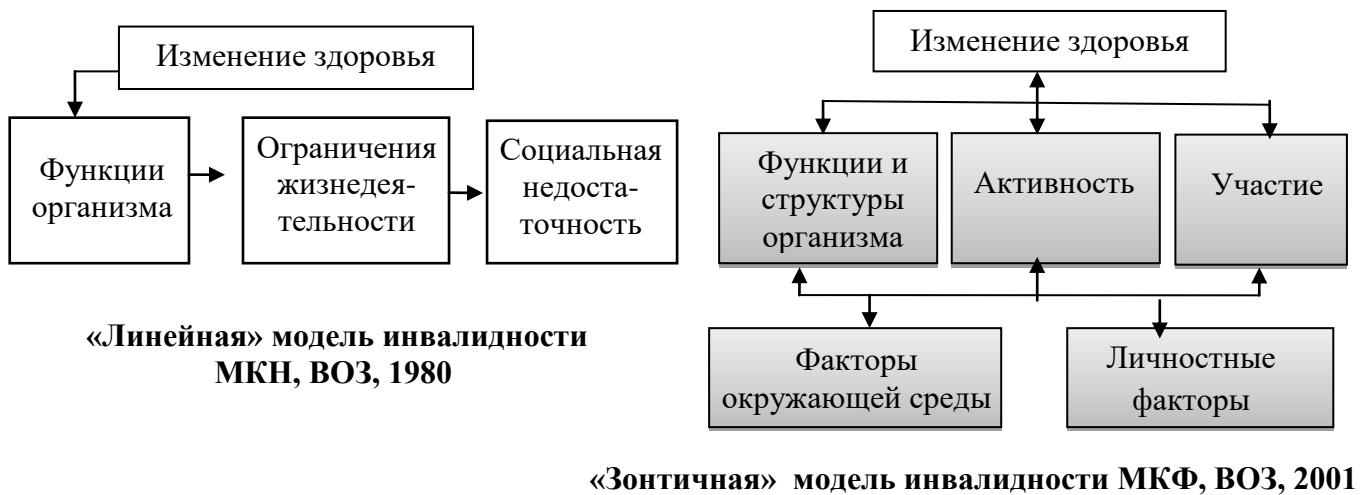


Рисунок 1 – Модели инвалидности «линейная» и «зонтичная»

(в терминологии ВОЗ, 2010)

Параллельно начались работы по изучению в Национальном медицинском исследовательском центре травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова Минздрава России, немного позднее – в СПбНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, а также в Институте раннего вмешательства и др.

Инвалидность в МКФ представлена как «сложный биопсихосоциальный феномен» [145, 318, 319]. Суть этого феномена заключается во взаимном влиянии здоровья на активность, участие человека в жизни общества и связи с факторами окружающей социальной среды [145, 318, 319]. Представители разных научных школ и практики стали активно изучать инструменты и возможности использования МКФ для решения реабилитационных задач как в России [40–43, 72, 97, 109, 112, 126, 128, 131, 146, 152, 156, 159, 187, 216–218, 263, 268, 272, 273, 285–288, 359 и др.], так и за рубежом [223, 273, 333, 334 – 348, 356, 358, 365 и др.].

В работах С. Н. Пузина, М. А. Дымочки, Л. П. Гришиной, М. В. Коробова и др. изучены социально-гигиенические особенности инвалидности в РФ: ведущее место в нозологической структуре причин инвалидности населения занимали болезни системы кровообращения, вместе с тем – в отдельных регионах – онкологические заболевания. Выделено несколько групп факторов, влияющих на инвалидность: медицинские, организационные, нормативно-правовые,

экологические, социально-экономические, профессиональные, социальные [5, 10, 16, 22, 50, 58, 67, 69, 71, 76, 84, 93, 125, 134, 137, 149, 213, 214, 271, 277, 278, 304, 306 и др.]. В работах Ж. Э. Каспарьян отмечена региональная медико-демографическая и социально-экономическая специфика инвалидности [107]. Характерны экономические потери от заболеваемости, инвалидности и смертности [5, 75, 106, 252, 279, 306]. Упущенная выгода в производстве валового регионального продукта (ВРП) может достигать 0,6 % (на примере отдельных регионов), с учетом показателей преждевременной смерти ЛТВ – 6 % [310]. А. А. Шабуновой подчеркнута, что деятельность по снижению инвалидности содержит большой экономический потенциал для региона.

Конвенция о правах инвалидов (ООН, 2006) стала первым всеобъемлющим международным правовым документом, направленным на защиту прав инвалидов, ликвидацию дискриминации по отношению к ним [116, 118, 338, 361, 365–367, 370, 374, 377, 378]. Впервые права инвалидов закреплены в имеющем обязательную силу международном договоре. Влияние и роль данного документа в реформировании российского правового поля в отношении предотвращения и прекращения дискриминации инвалидов подчеркнута многочисленными работами [13, 22, 72, 79, 93, 97, 104, 120, 166, 188, 236, 238]. В официальных документах подчеркивается прогресс, достигнутый в отношении показателей инвалидности и соблюдении прав инвалидов в Российской Федерации [229].

Медико-социальные аспекты жизнедеятельности инвалидов в сфере занятости, профессионального образования, потребности инвалидов в мерах профессиональной реабилитации широко представлены в работах С. Н. Пузина, Е. М. Старобиной, В. Б. Смычка, Л. А. Карасаевой, В. П. Шестакова, Ю. В. Бодрова, L. Xu и др. Авторами сформулированы предложения по обеспечению роста трудовой активности инвалидов, в том числе ЛТВ и желающих трудиться в различных отраслях экономики [96, 104, 150, 151, 252, 269, 290, 313, 379]. Вместе с тем трудовой потенциал активного долголетия пожилых людей использован недостаточно [36, 162, 377, 378, 379]. Э. Я. Немсцверидзе показала в своих работах, что около четверти инвалидов

имеют высокий потенциал для продолжения своей трудовой деятельности, например в сельском хозяйстве в период сезонных работ, на общественных работах, предлагаемых службой занятости [162]. Обеспечение дохода для инвалидов является критически важным вопросом. В Европе уровень занятости инвалидов составил до 45,5 % в 2010 г., что намного ниже, чем среди людей без инвалидности (71,7 %), а для лиц с тяжелыми формами инвалидности – 26,2 %, соответственно [377, 378].

Потребность в социальной реабилитации отмечена у 90–96 % инвалидов, наибольшая потребность в ней – среди инвалидов I и II группы [41, 71, 104, 154, 252, 291, 293, 294], потребность в технических средствах реабилитации испытывают около 60 % [9, 14, 15, 108, 292]. Многие вопросы реабилитации инвалидов урегулированы [153, 155, 157, 166, 168 и др.], стандартизированы [51–53, 160, 323, 353, 369, 372] и персонифицированы [359, 364].

Вопросы обустройства жилых помещений для инвалидов представлены Правительством РФ как приоритетная государственная задача [170]. Частично они могут быть решены при участии учреждений медико-социальной экспертизы посредством индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида (ребенка-инвалида).

Вопросы жилья и его адаптации для пожилых инвалидов являются чрезвычайно значимыми. Третья часть инвалидов ЛСТВ оценила свои жилищные условия неудовлетворительно, что подчёркивает необходимость пересмотра методических и организационно-финансовых вопросов обустройства жилья с учетом имеющихся медико-социальных факторов [99, 113, 114].

Инвалидность как социальное явление активно воздействует на сознание людей, стимулируя принимать меры по сохранению, поддержанию здоровья, комплексной профилактике инвалидности и реабилитации [29, 265, 340, 342, 344, 345, 350, 354, 357, 360, 362, 363, 368, 371, 372 и др.]. Разработаны программы по профилактике инвалидности ЛСТВ, которые основаны на повышении уровня эмерджентности, аддитивности, синергичности, мультипликативности,

устойчивости, адаптивности, совместимости и снижения обособленности этапов организации медицинской помощи между собой [91, 326, 332, 341, 367, 374].

Инвалидность, с одной стороны, как проблема гуманистического характера требует универсальных общечеловеческих и инновационных системных медико-социальных подходов к её оценке. С другой стороны, инвалидность как состояние части социума изменчива, что предполагает необходимость поисков решения в меняющихся социальных обстоятельствах [29]. Финансирование главным образом пассивных форм материальной поддержки инвалидов, устоявшаяся сложная и неэффективная система льгот и бенефиций, в отношении которой сохраняется стратификация инвалидов, отсутствие доступной среды в учреждениях социальной инфраструктуры или формальный подход к ее обустройству, дефицит общения – эти и многие другие проблемы значительно затрудняют реализацию жизненного потенциала, имеющегося у инвалидов [3, 6, 22, 28, 29, 31–34, 41, 93, 330, 331, 338, 343, 373, 374, 376 – 379].

Таким образом, авторы, изучившие явление инвалидности в широком смысле и маломобильных инвалидов, в частности, с медицинских, социальных, демографических, философских, экономических позиций подчеркивают сложности и изменчивость данного явления в условиях современного общества. Ратификация Россией Конвенции о правах инвалидов, все более широкое распространение биопсихосоциальной модели инвалидности МКФ требует на современном этапе совершенствования методических подходов к оценке влияния барьеров, основанных на результатах изучения взаимной связи показателей (доменов) функционирования, жизнедеятельности в контексте факторов окружающей среды, составляющих ближайшее и отдаленное окружение инвалида.

### **1.3 Комплексная реабилитация инвалидов с ограничением мобильности, доступная среда, технологии постреабилитационного сопровождения**

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993) были разработаны на основе опыта Десятилетия инвалидов ООН (1983–1992 гг.). Документ впервые обозначил, что равные возможности обеспечиваются в обществе путем процесса устранения барьеров систем общества и окружающей среды для всех людей, особенно инвалидов.

В 2006 г. Конвенцией о правах инвалидов были установлены меры по выявлению и устранению барьеров, мешающих доступности, в частности для инвалидов с ограничением мобильности (таблица 1) [116, 377, 378 и др.].

Таблица 1 – Рекомендации государствам – участникам по созданию безбарьерной среды жизнедеятельности для инвалидов

Направления	Рекомендации государствам-участникам / необходимые меры
Минимальные стандарты и руководящие ориентиры	<i>a)</i> разрабатывать минимальные стандарты и руководящие ориентиры, предусматривающие доступность объектов и услуг, открытых или предоставляемых для населения, вводить их в действие и следить за их соблюдением
Участие частных предприятий в создании условий доступности	<i>b)</i> обеспечивать учет всех аспектов безбарьерной среды для инвалидов тем негосударственным предприятиям, которые предлагают объекты и услуги, открытые или предоставляемые для населения
Информирование о проблеме доступности всех заинтересованных сторон	<i>c)</i> организовывать для всех вовлеченных сторон инструктаж по проблемам доступности, с которыми сталкиваются инвалиды
Доступность для лиц с дефектами зрения и трудностями понимания	<i>d)</i> оснащать здания и другие объекты, открытые для населения, знаками, выполненными азбукой Брайля и в легко читаемой и понятной форме
Доступность для лиц с дефектами слуха	<i>e)</i> предоставлять различные виды услуг помощников и посредников, в том числе проводников, чтецов и профессиональных сурдопереводчиков, для облегчения доступности зданий и других объектов, открытых для населения
Доступность информации, в т. ч. с использованием новых технологий	<i>f)</i> развивать другие надлежащие формы оказания инвалидам помощи и поддержки, обеспечивающие им доступ к информации; <i>g)</i> поощрять доступ инвалидов к новым информационно-коммуникационным технологиям и системам, включая Интернет
Системный подход при минимальных затратах	<i>h)</i> поощрять проектирование, разработку, производство и распространение изначально доступных информационно-коммуникационных технологий и систем, так чтобы доступность этих технологий и систем достигалась при минимальных затратах

Международные документы подчеркнули роль окружающей среды в социальной жизни инвалидов [116, 145, 377, 378].

Факторами окружающей среды (с позиций МКФ) – это факторы, которые создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. МКФ предлагает их изучение на двух уровнях (рисунок 2) [145]:

а) индивида – в непосредственном окружении индивида, охватывающем домашнюю обстановку, место работы, школу;

б) общества – формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей.



Рисунок 2 – Методология изучения потребностей инвалидов в комплексной реабилитации и создании безбарьерной среды

\* ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида; ИППСУ – индивидуальная программа предоставления социальных услуг; ИПРП – индивидуальная программа ранней помощи.

План действий Совета Европы развил идею охвата ключевых областей жизни инвалидов при создании условий доступности: в документе выделены 15 приоритетных направлений деятельности [260].



Организация Объединенных Наций в Декларации тысячелетия объявила о направлениях развития на период после 2015 г. В документе «Будущее, которого мы хотим» подчеркнут тот факт, что устойчивое развитие мирового сообщества требует участия инвалидов. Этот документ также включил ссылки на обязанности государств уважать, защищать и поощрять права человека и основные свободы для всех и усиление политики поддержки равного доступа и равных возможностей с точки зрения благополучия и образования, а также доступных городов и транспорта (резолюция 66/288).

С 2013 по 2022 г. Инчхонская стратегия обеспечения реальных прав инвалидов в Азиатско-Тихоокеанском регионе определила приоритеты в области развития прав инвалидов на период после 2015 г.

В Российской Федерации под реабилитацией понимают «систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности» [51, 173]. В определение включены термины «система» и «процесс». Вместе с тем законодательного развития и дальнейшего закрепления эта терминология не получила, что отрицательно сказалось на формировании системы комплексной реабилитации в стране [217].

В работах Т. Н. Шеломановой обосновано, что реабилитация инвалидов и формирование доступной среды – это единый процесс, направленный на подготовку человека для включения в общество (через комплекс индивидуальных реабилитационных мероприятий) и на подготовку общества и окружающей среды для интеграции человека (через комплекс мер по устранению барьеров окружающей среды и общества). На рисунке 3 схематично представлено соотношение понятий «реабилитация», «социальная интеграция», «формирование доступной среды» и соответствующих направлений деятельности [311, 312].

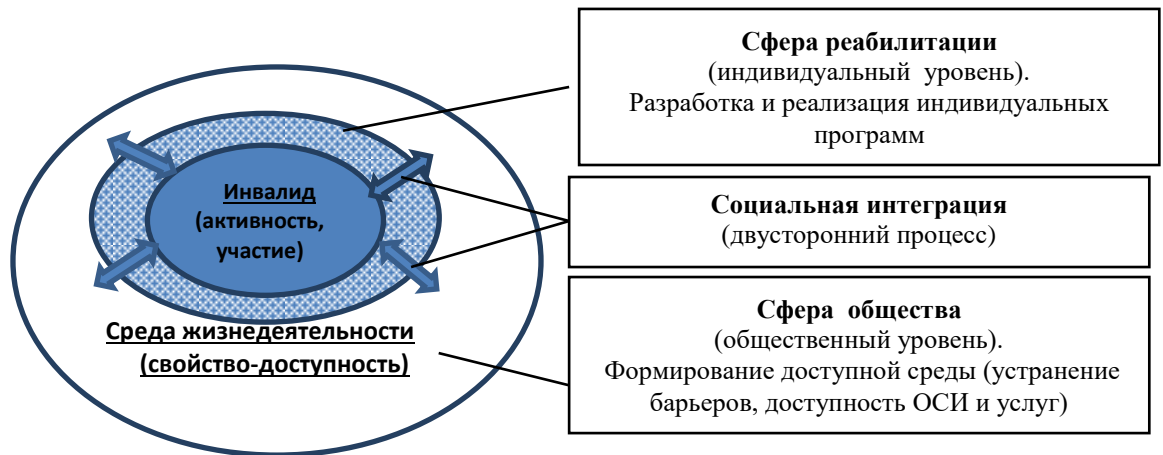


Рисунок 3 – Соотношение понятий «реабилитация», «социальная интеграция», «формирование доступной среды» (по Т. Н. Шеломановой)

Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о необходимости разработки программ реабилитации, учитывающих состояние здоровья, социальные факторы и интересы лиц трудоспособного и лиц старше трудоспособного возраста, как по отдельным медицинским, социальными и профессиональным аспектам, так и комплексно [11, 12, 76, 19, 20, 22, 25, 37, 44, 80–82, 88, 91, 101, 102, 129, 133, 136, 138, 147, 165, 178, 201, 220, 222, 224, 231, 237, 239, 255, 256, 296, 297, 302, 303 и др.].

В литературе уделено внимание технологиям постреабилитационного сопровождения, действующим уже на этапе социальной интеграции инвалидов [52]. Минтрудом России подготовлены:

– «Методические рекомендации по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях» (приказ Минтруда России от 14.12.2017 № 847) [153];

– «Типовая программа по сопровождению инвалидов молодого возраста при трудоустройстве в рамках мероприятий по содействию занятости населения» (приказ Минтруда России от 23.08.2017 № 625) [295];

– Проект федерального государственного стандарта государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов (проект приказа Минтруда России по состоянию на 26.04.2018) [247].

Комплексную реабилитацию и абилитацию отличают особые методические подходы к ее организации:

а) проведение комплексной оценки (реабилитационной экспертной диагностики) нарушений функций и структур организма, затруднений в активности и участии, влияния барьеров и облегчающих факторов окружающей среды на жизнедеятельность индивидуума в разных сферах жизни;

б) комплексный подход при осуществлении реабилитационных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов;

в) участие в решении реабилитационных задач инвалидов на государственном уровне различных органов власти (в сфере охраны здоровья, социальной защиты населения, занятости, образования, физической культуры и спорта и др.);

г) особые технологии работы специалистов с инвалидами, которые носят комплексный междисциплинарный и даже межведомственный характер и требуют дополнительных профессиональных компетенций кадров.

Документ «Реабилитация 2030: призыв к действиям», принятый Всемирной Организацией Здравоохранения, отмечает, что велики показатели неудовлетворенной потребности в реабилитационных услугах во всем мире, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

В Пермском крае и Свердловской области реализован проект по пилотированию подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов [208].

Социальная защита граждан, в том числе инвалидов, базируется на Конституции Российской Федерации [119]. Согласно статье 7, «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека».

Положение данной статьи конкретизирует статья 39, а именно: «каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом». В этой связи политика формирования доступной среды и реабилитации рассмотрена как важная государственная задача.

Основными направлениями социальной политики Российской Федерации обозначены: 1) формирование условий доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения; 2) совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов; 3) совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы [188].

Государственная политика в области социальной защиты инвалидов в РФ определена рядом Указов Президента РФ, в частности, предусмотрены повышение уровня удовлетворенности граждан качеством предоставления государственных и муниципальных услуг к 2018 г. до 90 %. В целях выполнения этого положения реализованы мероприятия по повышению качества и прозрачности МСЭ, оптимизации сроков и качества обследования при направлении на МСЭ и получении реабилитационных и абилитационных услуг, формирование новых профессиональных компетенций специалистов учреждений МСЭ [13, 15, 70–72, 285, 286, 288, 289].

С 2016 г. проводятся ежегодные социологические оценки удовлетворенности граждан качеством предоставления государственных услуг по МСЭ и обеспечению инвалидов ТСР. Для этих целей утвержден статистический инструментарий приказом Минтруда России от 13 июля 2016 г. № 341.

Предусмотрено повышение качества жизни российских граждан посредством обеспечения доступности объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур для инвалидов и других маломобильных групп населения [140, 173, 175, 178, 179, 188, 192, 193, 197, 200, 243, 245, 305].

В РФ определены нормативные правовые требования не только к организациям и учреждениям, но и к органам власти по созданию доступной

среды для инвалидов, а также ответственность за уклонение от исполнения этих требований [111, 173]. Нормативно-правовая пирамида по вопросу доступной среды для инвалидов составлена из документов в сфере социальной защиты, градостроительства и иных (рисунок 4) [54–56, 173, 176, 183–186, 283].

Социальная поддержка и обслуживание лиц старшего поколения и отнесена к совместным полномочиям РФ и субъектов РФ [180]. В целях решения задач Стратегии устойчивого развития сельских территорий РФ на период до 2030 г. разработан комплекс мероприятий для сельского населения.

В государственные программы включены мероприятия для формирования безбарьерной среды для инвалидов и других МГН [66, 192, 193, 200]. Для решения вопросов доступной среды в регионах страны программно-целевым методом разработана Примерная программа субъекта РФ, а также механизм предоставления субсидий из бюджета страны субъектам РФ на софинансирование расходов на реализацию мероприятий государственную программу субъекта РФ по доступной среде и комплексной реабилитации [193, 210].

Для информирования населения о доступных объектах и услугах субъект РФ развивает информационный ресурс по проблемам инвалидов (карта доступности). Разработана Методика формирования и обновления карт доступности объектов и услуг [192].

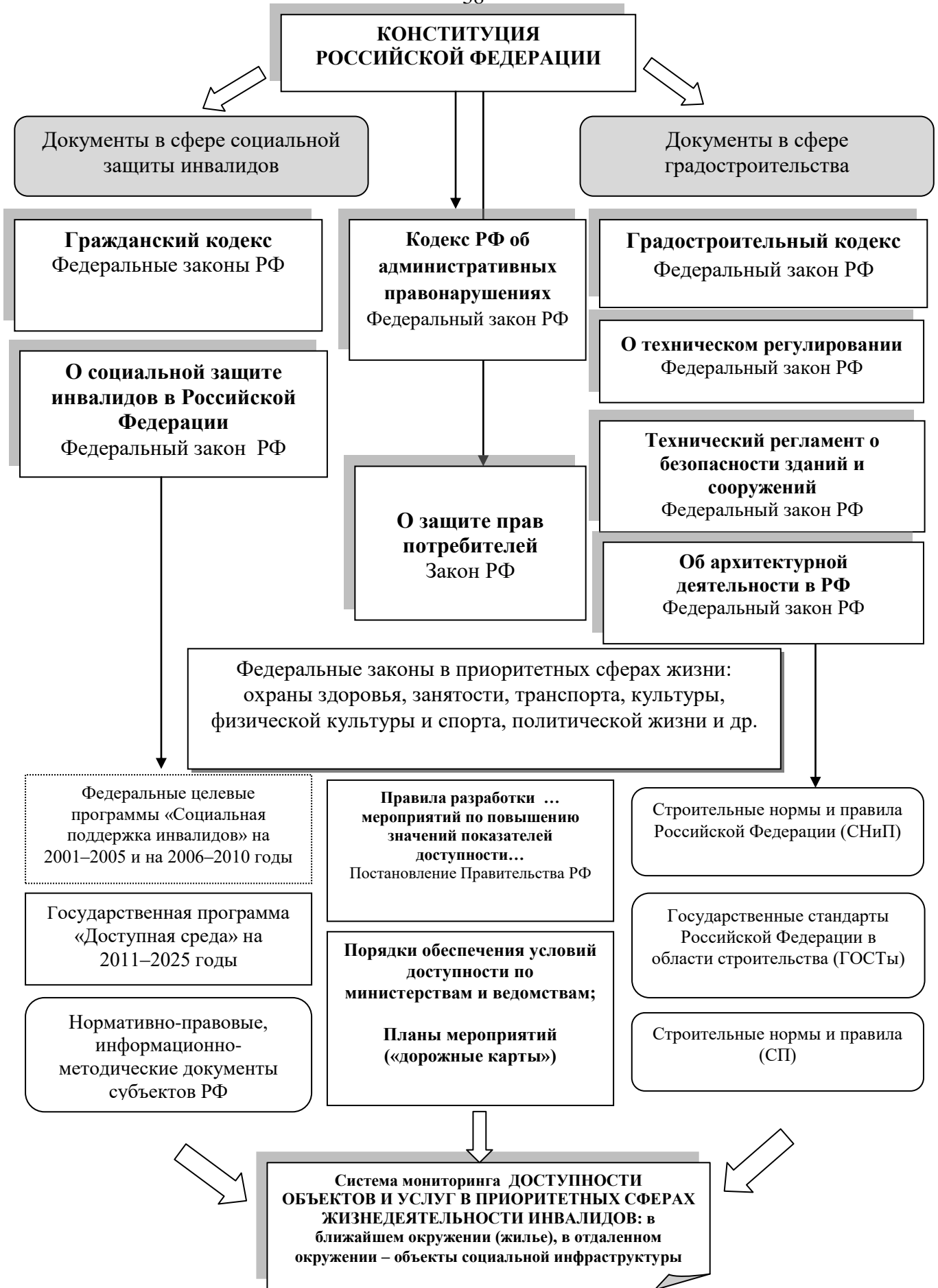


Рисунок 4 – Система документов РФ по доступной среде для инвалидов

Разработан 35-й комплекс документов по доступной среде [274]: В настоящее время действует актуализированная в 2012 г., а затем в 2016 г. редакция СНиП 35-01-2001: Свод правил СП 59.13330.2016 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» [281, 282].

Требования по созданию доступной среды для инвалидов распространены на все элементы зданий и их участков (рисунок 5).

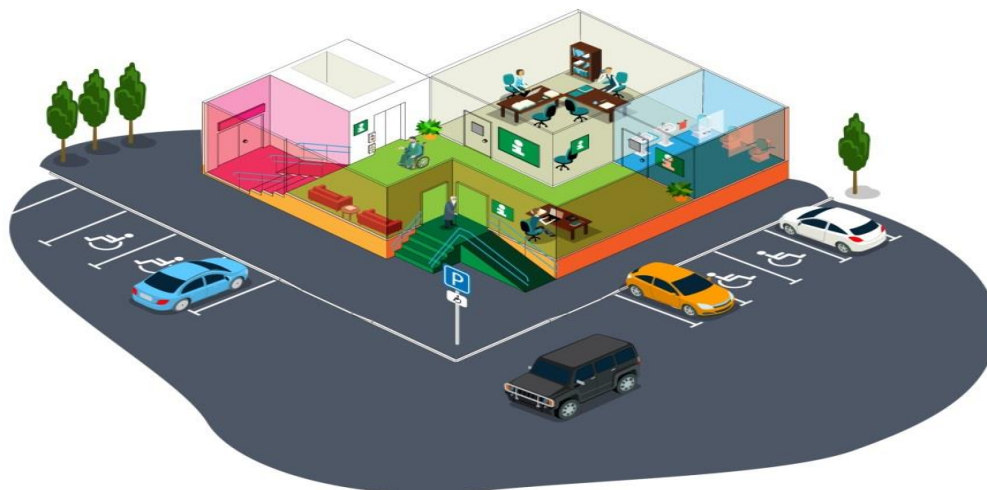


Рисунок 5 – Основные структурно-функциональные зоны объекта социальной инфраструктуры, подлежащие адаптации для МГН (иллюстрация В.И. Никифорова, М.М. Шаколина)

Разработаны требования доступности [4, 7, 17, 281, 282, 305]:

- досягаемость ими мест целевого посещения и беспрепятственность перемещения внутри зданий и территорий;
- безопасность путей движения (в том числе эвакуационных и путей спасения), а также мест проживания, обслуживания и приложения труда;
- своевременное получение полноценной и качественной информации, позволяющей ориентироваться в пространстве, использовать оборудование, получать услуги, участвовать в трудовом и обучающем процессе и т. д.;
- удобство и комфорт среды жизнедеятельности.

В РФ последовательно развивается нормативно-правовая база, направленная на совершенствование действий в интересах инвалидов и граждан

старшего поколения. Так, с 2012 по 2015 г. изменено 25 федеральных законов, принято более 60 актов Правительства Российской Федерации и федеральных министерств, 715 региональных документов только по вопросам путей создания доступной среды для инвалидов [13, 15, 54–56, 70, 72, 79, 82, 93, 109, 174, 177–186, 192–206, 208–210].

По всем министерствам и ведомствам определены порядки обеспечения доступности объектов и услуг (таблица 2).

Таблица 2 – Нормативно-правовые документы федеральных министерств, регламентирующих порядки обеспечения доступности объектов социальной инфраструктуры для МГН

Министерство РФ	Выходные данные федерального ведомственного нормативно-правового документа (приказа)
Минтруд России	от 30.07.2015 № 527н
Минюст России	от 19.08.2015 № 202
МВД России	от 30.07.2015 № 809
Минэкономразвития России	от 13.08.2015 № 565
Минпромторг России	от 18.12.2015 № 4146
Минобороны России	от 30.09.2015 № 572
Минспорт России	от 24.08.2015 № 825
Минздрав России	от 12.11.2015 № 802н
Минкультуры России	от 20.11.2015 № 2834, от 16.11.2015 № 2800, от 16.11.2015 № 2803, от 10.11.2015 № 2761, от 09.09.2015 № 2400
Минобрнауки России	от 09.11.2015 № 1309
Минтранс России	от 06.11.2015 № 329
Минкомсвязи России	от 22.09.2015 № 355, от 30.11.2015 № 483 (Интернет)

Таким образом, представленные международные документы являются базисом для формирования национальной политики по реализации прав инвалидов и могут быть использованы для совершенствования системы комплексной реабилитации в Российской Федерации. Комитетом ООН рекомендовано развивать «стратегические планы и программы», следовательно, модель управления комплексной реабилитацией инвалидов посредством целевых программ субъектов РФ является своевременной и актуальной.

Вместе с тем, вопросы создания доступной жилья для инвалидов с учетом его ограничения жизнедеятельности остаются недостаточно проработанными:



требуется совершенствование методического аппарата для оценки потребности в адаптации жилья с учетом имеющихся у инвалида медико-социальных факторов, совершенствование порядка и технологии оказания данной работы в субъекте Российской Федерации.

Медико-социальная экспертиза является важным звеном системы комплексной реабилитации инвалидов. Инвалидность устанавливается федеральными государственными учреждениями МСЭ, подведомственными Минтруду России, в рамках предоставления государственной услуги по МСЭ. Созданы 85 федеральных казенных учреждений МСЭ, к которым относятся Главные бюро МСЭ по субъектам Российской Федерации и Главное бюро МСЭ Федерального медико-биологического агентства, имеющие филиалы-бюро МСЭ в городах и районах, а также федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро МСЭ» Минтруда России, имеющие определенные законом функции [173]. Подчеркнуты затруднения при направлении больных из медицинских организаций, вопросы направления больных в учреждения МСЭ [26, 63, 65, 69, 73, 84, 230, 232, 240, 246, 257, 258, 301]. В работах С. Н. Пузина, Л. Б. Дмитренко, Е.Е. Ачкасова, Н. К. Гусевой, С. В. Герман, С. С. Меметова, Ю. И. Захарченко, В. А. Бронникова, Ю. А. Мавликаевой, О. В. Сергеевой, С. П. Запария и других авторов выявлена необходимость совершенствования экспертных структур, а также создания на государственном уровне четкого механизма координации контроля за всеми звеньями системы реабилитации и профилактики инвалидности [41, 57–59, 65, 67, 79, 84, 85, 93, 137, 143, 149, 248, 254, 275, 364 и др.]. Особое внимание уделено вопросам межведомственного взаимодействия учреждений МСЭ и учреждений реабилитации инвалидов [35, 37, 103, 105, 107, 143, 212, 221, 225, 237, 269, 270, 287, 294, 299].

Учреждения МСЭ играют ключевую роль при разработке программ реабилитации, являясь первичным экспертным звеном в системе комплексной реабилитации инвалидов. Именно нарушения функций и ограничения жизнедеятельности граждан, признанных инвалидами, являются основаниями для разработки ИПР/ИПРА. Единообразное понимание инвалидности в системе

реабилитации между экспертными и реабилитационными учреждениями имеет существенное значение для оказания реабилитационной помощи населению.

За 24 года существования МСЭ (с 1995 по 2018 г.) методические подходы к медико-социальной экспертизе инвалидов в целом и инвалидов с ограничением мобильности, в частности, существенно модифицировались в связи с изменением её нормативно-правовых основ [97].

С 1996 по 2006 г. впервые в стране в критерии инвалидности были включены три основных условия, основанные на «линейной концепции инвалидности» МКН: нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами; ограничение жизнедеятельности; необходимость социальной защиты, включая реабилитацию.

Особенностью МСЭ в этот период были: возможность установления инвалидности при незначительных нарушениях функций (в некоторых случаях); возможность учета неблагоприятного клинического прогноза в качестве критерия инвалидности; установление инвалидности бессрочно ЛСТВ (с 55 лет и старше – женщины, с 60 лет и старше – мужчины), разработка ИПР инвалида только в отдельных случаях.

С 2005 по 2009 г. были усовершенствованы сроки установления инвалидности (отменено условие установления инвалидности без срока переосвидетельствования для ЛСТВ), формулировки разных категорий жизнедеятельности, в том числе и «ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД)»; изменены подходы к установлению I группы инвалидности (из критериев исчезает понятие «нуждается в постоянном постороннем уходе») и III группы (для ее установления необходимо наличие ОСТД или сочетание двух других ограничений жизнедеятельности); ИПР разрабатывается инвалидам с высоким, удовлетворительным и низким реабилитационными потенциалами.

С 2009 по 2014 г. было уточнено понятие «ограничение способности к трудовой деятельности»: при 3 степени ОСТД часть инвалидов признается

трудоспособными со значительной помощью других лиц («рабочий вариант» I группы инвалидности); ИПР разрабатывается всем инвалидам, прошедшим освидетельствование в учреждении МСЭ; особое внимание уделяется техническим средствам реабилитации, созданию специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов и другим вопросам реабилитации.

С конца 2014 по 2015 г. в практику МСЭ были введены следующие изменения: уточнение названия и содержания стойких нарушений функций; впервые в России введена «количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма в процентах от 10 до 100» [189]; уточнения основных ограничений жизнедеятельности; критериев групп инвалидности; ИПР разрабатывается всем инвалидам, возросли требования к ее содержанию и качеству.

С 2015 г. по настоящее время действует новый документ «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ», утвержденный приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н, который в определенной степени устранил клиничко-экспертные недочеты предыдущих документов в количественной оценке при наличии отдельных нозологических форм и классов болезней [109, 189].

В последние годы принципиально изменился методический подход к экспертной оценке – последовательно проводят экспертизу по двум составляющим: во-первых, оценивают наличие инвалидности по вышеприведенным условиям и, во-вторых, устанавливают группу инвалидности или категорию «ребенок-инвалид» (согласно количественной оценке от 10 до 100 %).

В целях повышения объективности государственной системы МСЭ разработан комплекс мероприятий для повышения доступности и качества МСЭ, оснащения экспертным оборудованием, внедрение ЕАВИИАС, повышение квалификации специалистов учреждений МСЭ. В целях учета сведений об

инвалидах сформирован Федеральный реестр инвалидов, оператором которого является Пенсионный фонд Российской Федерации [173].

В настоящее время можно констатировать, что предпринимаемые государством меры по реализации основных положений Конвенции в отношении инвалидов привели к целому ряду положительных тенденций как в отношении их численности, так и эффективности мер по восстановлению их социального статуса. По данным Росстата общая численность инвалидов в стране сократилась с 13,2 млн человек в 2011 г. до 12,8 млн человек в 2016 г., или с 9,3 до 8,7 % от общей численности населения России. За этот же период показатель полной реабилитации инвалидов увеличился с 4,0 % в 2007 г. до 6,8 % в 2015 г.

В литературе широко обсуждались результаты изменений в сфере МСЭ: возможности применения МКФ, новой количественной оценки [72, 97, 109, 112, 126, 128, 131, 159, 187, 216, 217, 263, 273, 285, 286–288, 318–320]. Вместе с тем нуждаются в уточнении вопросы практического использования МКФ при проведении реабилитационно-экспертной диагностики в учреждениях МСЭ.

Реформирование системы реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, в том числе организационно-правовых механизмов разработки и реализации индивидуальных программ реабилитации, которое происходит с 2012–2014 гг., направлено на оптимизацию экспертной и реабилитационной помощи населению.

С 1 января 2016 г. нормативно-правовыми документами введены в действие:

- понятие «абилитация», наряду с понятием «реабилитация» (ст. 9 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (в редакции от 2014–2015) [70, 93, 166, 173, 219];

- новая форма документа – индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида [202];

- новая система менеджмента реабилитации инвалидов и детей-инвалидов;

- новые организационно-правовые формы межведомственного взаимодействия в системе реализации ИПРА ребенка-инвалида [209].

Запланировано исполнение большого числа мер, направленных на совершенствование системы комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов на федеральном уровне) [188]. Объем финансирования на эти цели составляет 281 244 797,1 тыс. руб. [188].

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер [173]. Основные функции ИПРА в системе реабилитации и абилитации инвалидов представлены на рисунке 6.

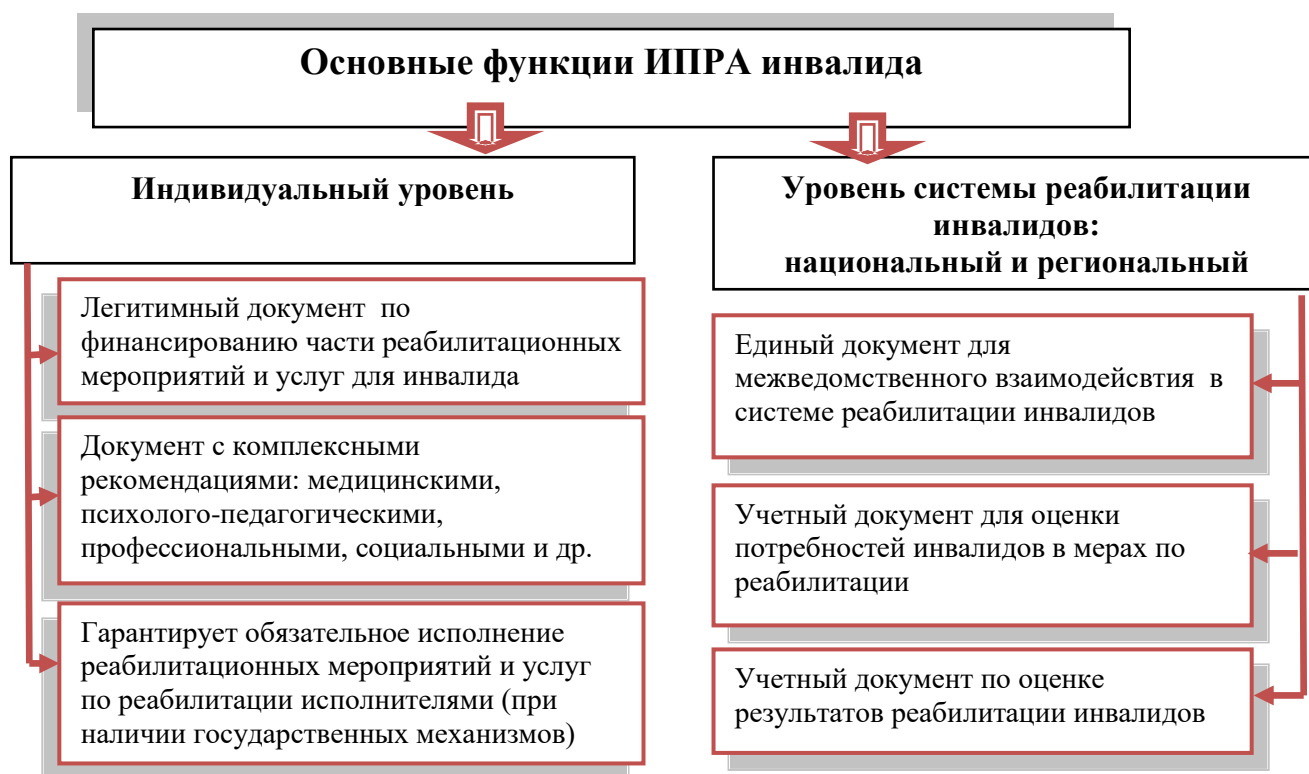


Рисунок 6 – Основные организационно-правовые функции ИПРА инвалида в системе реабилитации и абилитации инвалидов

Принципиальным изменением системы реабилитации и абилитации инвалидов является участие в этой деятельности органов исполнительной власти субъекта РФ в разных сферах жизни, включая сферу охраны здоровья населения, социальной защиты, занятости, физической культуры и спорта, образования и др. Выстроена новая схема участников [173, 202, 209, 219, 299]:

а) «разработчик ИПРА» – федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы;

б) «исполнитель ИПРА» – органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в вышеперечисленных сферах;

в) «исполнитель мероприятий ИПРА» – организации, осуществляющие деятельность по реабилитации или абилитации инвалидов в соответствующей сфере деятельности органа исполнительной власти.

Конкретные механизмы межведомственного взаимодействия участников реализации ИПРА определены приказами Минтруда России [202, 209]. Сформированы определенные схемы движения персональных сведений об инвалиде посредством «Выписки из ИПРА» и «Информации об исполнении мероприятий ИПРА».

Таким образом, система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов включает в себя, в том числе, определение и разграничение полномочий между федеральными учреждениями МСЭ, органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органами исполнительной власти муниципалитета. Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является предметом совместного ведения федеральных, региональных и муниципальных органов власти, а также организаций, независимо от организационно-правовых форм. Вместе с тем следует отметить, что полномочия органов власти разных уровней в должной мере еще не получили законченного правового закрепления.

#### **1.4. Решение вопросов обустройства жилья для инвалидов с ограничением мобильности**

Во Всемирном докладе об инвалидности (ВОЗ, 2010) представлен анализ широкого спектра барьеров, наиболее часто встречающихся в разных странах: неадекватные политические меры и стандарты; негативное отношение; недостаточность и неэффективность услуг; низкое финансирование; проблемы доступности объектов и услуг; низкая информированность и коммуникация; отсутствие консультирования экспертов; отсутствие адекватных статистических данных и анализа опыта [377].

Также в этом документе сформулированы основные три направления работы в отношении инвалидов на современном этапе (рисунок 7) [377].

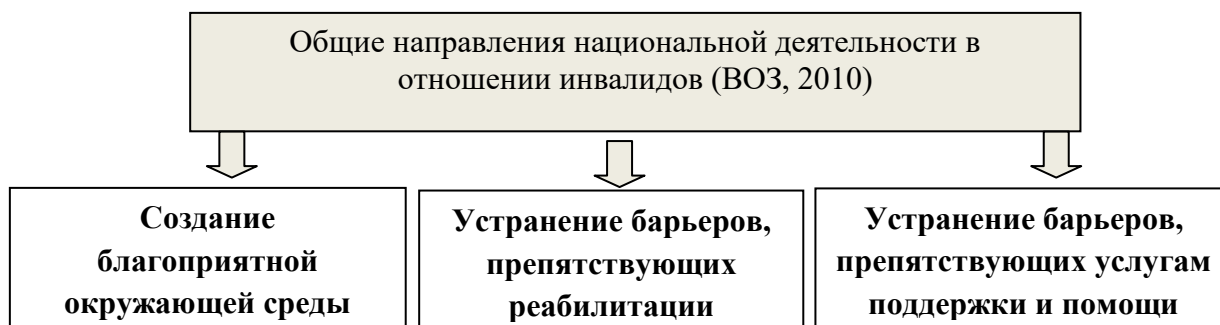


Рисунок 7 – Общие направления национальной деятельности в отношении инвалидов (ВОЗ, 2010)

Как следует из документа, в рамках проведения национальной политики требуется решение практических задач по следующим направлениям [377]:

1. Работа над созданием благоприятной окружающей среды, направленная на устранение барьеров в общественных зданиях, на транспорте и в других сферах, стандартизация параметров доступности; частное и государственное партнерство; обучение специалистов в области доступности; развитие принципа «универсального дизайна» при проектировании новых товаров и зданий; участие «целевой аудитории» (инвалидов) и просветительские мероприятия для широкой общественности; наличие стратегического плана, предусматривающего приоритетные задачи.

2. Устранение барьеров, препятствующих реабилитации: предоставление услуг «шаговой доступности», т. е. близко расположенных к месту жительства инвалидов, повышение качества и снижение стоимости услуг, дифференцированные или ступенчатые уровни профессиональной подготовки специалистов в сфере реабилитации, перераспределение или реорганизация существующих услуг, международное сотрудничество, материальная помощь лицам с низким уровнем дохода и инвалидностью.

3. Устранение барьеров, препятствующих самостоятельному образу жизни инвалидов и получения ими широкого спектра услуг: сопровождаемое проживание, система долговременного ухода, персональное ассистирование, реабилитация в муниципальных образованиях и др.



Жилье определено как «ближайшее окружение инвалида», при наличии барьеров в жилом помещении основные виды жизнедеятельности индивидуума оказываются невыполнимы или трудновыполнимы [145].

В настоящее время вопрос о том, в какой сфере научно-практических знаний находится решение проблемы доступности жилья для инвалидов и МГН, остается открытым. Жилые помещения, занимаемые инвалидами, оборудуются специальными средствами и приспособлениями в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида [173]. Следовательно, проблема экспертной оценки потребностей инвалидов в обустройстве жилого помещения может быть раскрыта с медико-социальной точки зрения и является чрезвычайно актуальной для специалистов медико-социальной экспертизы, которые разрабатывают ИПРА инвалида и ребенка-инвалида.

Федеральный закон РФ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений» от 30.12.2009 № 384-ФЗ (ст. 12) подчеркивает, что жилые здания, объекты инженерной, транспортной и социальной инфраструктур должны быть спроектированы и построены таким образом, чтобы обеспечивалась их доступность для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.

Вопрос об исполнительной процедуре обустройства жилья для инвалидов с участием исполнительных органов государственной власти до последнего времени оставался открытым. Так, национальный стандарт ГОСТ Р 54738-2011 «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов» относит мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ОЖД к социальной реабилитации инвалидов и, следовательно, деятельность в этом направлении является обязанностью органов социальной защиты населения. Вместе с тем жилые помещения являются частью инфраструктуры поселений и, соответственно, находятся в ведении соответствующих органов власти (жилищных комитетов администраций районов).

Постановление Правительства РФ от 07.12.1996 № 1449 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры» возлагает на территориальные органы социальной защиты населения координацию работ по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры (ОСИ), а также контроль за выполнением соответствующих нормативных требований в отношении строящихся и реконструируемых ОСИ, включая жилые здания.

Регламентировано, что при предоставлении жилого помещения инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, учитываются рекомендации ИПР/ИПРА инвалида, состояние его здоровья, а также другие обстоятельства (приближение к лечебно-профилактическому учреждению, месту жительства родных, близких и т. п.) [173].

Действуют несколько направлений государственной поддержки инвалидов по реализации вопросов жилищной политики (рисунок 8) [168, 169, 195, 196, 199].

Перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь, включает ряд патологий, при которых затруднено проживание с человеком в одной комнате. К ним отнесены, в том числе, инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках.



Рисунок 8 – Государственная поддержка инвалидов в РФ по реализации вопросов жилищной политики (за исключением льгот по оплате жилья)

Как видно на рисунке 8, ИПРА инвалида является легитимным документом для обеспечения жилыми помещениями вне очереди (воспитанников детских домов-интернатов), замены жилого помещения на другое равноценное, приспособление жилья или мероприятий по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности (ОЖД).

Утверждены Правила обеспечения условий доступности для инвалидов жилых помещений и общего имущества в многоквартирном доме [168].

Под приспособлением (адаптацией) жилья понимается изменение и переоборудование жилого помещения инвалида в зависимости от особенностей ограничения жизнедеятельности, обусловленного инвалидностью лица, проживающего в указанном помещении, а также общего имущества в

многоквартирном доме для обеспечения беспрепятственного доступа инвалида к жилому помещению [168].

Межведомственной комиссией проводится обследование жилья инвалида многоквартирном доме (федеральной, региональной или муниципальной формы собственности) [168, 243]. По результатам обследования оформляется акт, содержащий выводы Комиссии о наличии или об отсутствии необходимости, технической возможности приспособления с мотивированным обоснованием, и перечень мероприятий по приспособлению и обеспечению условий их доступности для инвалида [168, 243]:

Как представлено на рисунке 9, перечень может включать в себя [168, 243]:

- а) минимальный перечень мероприятий;
- б) оптимальный перечень мероприятий;
- в) максимальный перечень мероприятий.

На основании заключений о возможности приспособления, которые направляются в соответствующий орган субъекта РФ, органом местного самоуправления составляются планы мероприятий по приспособлению жилого помещения с соответствующим финансированием. Координацию выполнения данного плана мероприятий обеспечивает орган государственной власти субъекта РФ, уполномоченный в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации [168, 243].

В измененной редакции постановления Правительства Российской Федерации от 03.04.2013 № 290 уточнено, что требования по доступной среде распространяются, не только на непосредственные жилые помещения граждан, но и на имущество многоквартирного дома.



Рисунок 9 – Финансирование мероприятий по приспособлению и обеспечения условий их доступности для инвалида жилого помещения

Представленный анализ нормативных правовых документов свидетельствует о том, что в Российской Федерации в последние годы создан организационный механизм обследования жилья инвалида. Вместе с тем нуждаются в проработке и развитии методические вопросы обследования жилья инвалида с учетом имеющихся ограничений жизнедеятельности, механизмы межведомственного взаимодействия учреждений, участвующих в процессе реабилитации и абилитации инвалидов, в т. ч. приспособлении жилого помещения.

Таким образом, изучение литературы позволило уточнить методологические, организационно-правовые и методические основы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с ограничением мобильности.

Подавляющее большинство работ выполнено применительно к оценке социально-демографической ситуации в целом по России и регионам, к особенностям геронтологической помощи, подчеркивается, что инвалидность старших возрастных групп имеет свои особенности. Вопросам изучения закономерностей формирования инвалидности в РФ также посвящено достаточное число исследований. Относительно малое число научных работ по вопросам оценки показателей функционирования, активности и участия инвалидов в социальной жизни с учетом особенностей их здоровья и жизнедеятельности, значимых для оценки потребностей в реабилитационных мероприятиях, существенно затрудняет развитие системы комплексной реабилитации инвалидов в РФ.

Отсутствие до настоящего времени подробного современного анализа барьеров окружающей среды для инвалидов с учетом МКФ, в т. ч. при направлении на МСЭ и предоставлении государственной услуги по проведению МСЭ, барьеров для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках в их жилье, на объектах социальной инфраструктуры, определяют актуальность проведения комплексного медико-социального исследования по данной проблеме.

## **ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1 Дизайн комплексного медико-социального исследования**

Работа выполнена в рамках научно-исследовательской деятельности ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России (в соответствии с планом НИР), в ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 14.02.06 «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация», так как в работе автором изучена проблема формирования инвалидности с ограничением мобильности и система комплексной реабилитации инвалидов с данным ОЖД.

В диссертации решены задачи, которые соответствуют пунктам 1, 3–6, 8 паспорта научной специальности.

Работа выполнялась по трем основным направлениям: социально-гигиеническому, медико-социальному и организационному (таблица 3).

Первое направление – социально-гигиеническое – состояло из трех этапов: анализ в возрастном аспекте демографических, социально-гигиенических показателей населения РФ, анализ показателей общей инвалидности и первичной инвалидности в РФ.

На I этапе проводилось изучение показателей численности населения Российской Федерации и ее динамики среди ЛТВ и ЛСТВ в Российской Федерации за 2004–2018 гг. (15 лет).

Таблица 3 – Методика и организация исследования

Направления, этапы выполнения, период наблюдения	Объект исследования, источники информации, объем исследования	Методы исследования
1	2	3
<p><b>Социально-гигиеническое направление:</b> I этап – анализ демографических, социально-гигиенических показателей в РФ за 2004–2018 гг. (15 лет)</p>	<p>Объект исследования: лица старше трудоспособного возраста и лица трудоспособного возраста (на период исследования до пенсионной реформы), граждане РФ. Источники: официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики (<a href="http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/">http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/</a>) Объем исследования: 146 880 тыс. человек, исследование сплошное.</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, статистический</p>
<p>II этап – анализ показателей общей инвалидности в РФ в возрастном аспекте за 2010–2019 гг. (10 лет)</p>	<p>Объект исследования: инвалиды, состоявшие на учете и получавшие пенсию в системе Пенсионного фонда Российской Федерации, Министерства обороны РФ, МВД РФ и Федеральной службы безопасности РФ, ФСИН Минюста России и Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков, с 2015 г. с учетом Крымского федерального округа. Источники: официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики (<a href="http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/">http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/</a>) Объем исследования: 13 134 тыс. человек, исследование сплошное.</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический</p>
<p>III этап – анализ показателей первичной инвалидности, в т. ч. лиц с ограничением мобильности в РФ в возрастном аспекте за 2003–2017 гг. (15 лет).</p>	<p>Объект исследования: впервые признанные инвалидами в РФ с ограничением мобильности в учреждениях МСЭ. Источники: акты освидетельствования в учреждениях МСЭ, ЕАВИИАС МСЭ, данные федерального статистического наблюдения за деятельностью бюро МСЭ (формы №7-собес). Объем исследования: 14 883 тыс. человек, исследование сплошное.</p>	

Продолжение Таблицы 3



1	2	3
<p><b>Медико-социальное направление:</b> IV этап – изучение закономерностей инвалидности с ограничением мобильности и факторов, ее определяющих</p>	<p>Объект исследования: инвалиды с ограничением мобильности, включая инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске. Источники: акты освидетельствования в учреждениях МСЭ, ЕАВИИАС МСЭ ИПР/ИПРА, данные федерального статистического наблюдения за деятельностью бюро медико-социальной экспертизы (формы №7-собес). Объем исследования: 185 396 человек в РФ и 21 614 человек в Санкт-Петербурге, исследование сплошное.</p>	<p>Документальный, статистический, метод экспертных оценок</p>
<p>V этап – изучение критериев окружающей среды, значимых для реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности</p>	<p>Объекты исследования: а) инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске (для изучения барьеров жилого помещения и объектов социальной инфраструктуры). Объем исследования: 370 человек, исследование выборочное. Источники – адаптированный опросник (приложение 1) и специально разработанная карта обследования жилья (подробно описана в главе 6.2); б) специалисты, оказывающие инвалидам медицинские и социальные услуги (для изучения барьеров направления на МСЭ и проведения МСЭ Объем исследования: 163 человек Источник – специально разработанная анкета на основе МКФ (приложение 2).</p>	<p>Социологический опрос, статистический, метод экспертных оценок</p>
<p><b>Организационно-методическое направление:</b> VI этап – изучение условий комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности</p>	<p>Объекты исследования: – учреждения МСЭ, проводившие реабилитационно-экспертную диагностику; – жилые помещения инвалидов; – учреждения и ИОГВ, задействованные в организации обустройства жилья инвалидов, Источники: экспертная документация учреждений МСЭ, ИПР/ИПРА, социальные паспорта семей детей-инвалидов и инвалидов, заключения мультидисциплинарной команды по обустройству жилья, статистическая карта № 1, результаты организационного эксперимента.</p>	<p>Документальный, аналитический, статистический, метод экспертных оценок</p>
<p>VII этап – изучение системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>Объекты исследования: – международные и российские документы; ИОГВ субъекта РФ; – учреждения/организации комплексной реабилитации инвалидов: федерального уровня и субъекта РФ, в т. ч. учреждения МСЭ, здравоохранения, социальной защиты и др.; Источники: данные социологического опроса, нормативно-правовые и методические документы, целевые региональные программы 81 субъекта РФ в сфере комплексной реабилитации инвалидов (приложение 3).</p>	<p>Документальный, аналитический, монографический, социологический опрос</p>

На II этапе изучены показатели состояния и динамики общей инвалидности в Российской Федерации за 2010–2019 гг. (10 лет) в возрастном аспекте, также анализировался состав инвалидов по группам инвалидности, нозологическим формам.

На III этапе проанализированы показатели первичной инвалидности за 2003–2017 гг. (15 лет): численность, динамика, состав по возрасту, включая ЛТВ и ЛСТВ, тяжести инвалидности, медицинским причинам.

Медико-социальное направление включало следующие этапы:

IV этап – изучение закономерностей инвалидности с ограничением мобильности и факторов, ее определяющих: нарушений функций и категорий ограничений жизнедеятельности. Показатели изучены сплошным методом по результатам освидетельствований в учреждении МСЭ РФ и г. Санкт-Петербурга за 2018 г.

Проводилась реабилитационно-экспертная диагностика, на основании которой определялись вид и степень выраженности функциональных расстройств организма, вызванных основными и сопутствующими заболеваниями, характер и степень ОЖД, реабилитационный потенциал и прогноз, а также потребность инвалидов в мерах, средствах реабилитации и социальных услугах. Особое внимание уделено инвалидам, передвигающимся на креслах-колясках, имеющих нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических функций), сенсорные нарушения, психические нарушения, языковые и речевые нарушения, в том числе старше трудоспособного возраста.

Изучена экспертная документация бюро МСЭ: акты освидетельствования, сведения ЕАВИИАС, ИПР/ИПРА, данные формы №7-собес.

V этап – изучение критериев окружающей среды, значимых для реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности, в «ближайшем окружении» (в жилом помещении) и в «отдаленном окружении» (на объектах социальной инфраструктуры, при предоставлении медико-социальных услуг – направлении на МСЭ и при предоставлении государственной услуги по проведению МСЭ).

Был разработан адаптированный опросник (Приложение 1) и Карта определения потребностей инвалида в адаптации жилой среды и объектов социальной инфраструктуры в ближайшем окружении (подробно представлена в главе 6.2). Объем исследования – 370 человек, исследование выборочное. В основу выборочного исследования заложен принцип районированной выборки, основой стала генеральная совокупность инвалидов-колясочников Санкт-Петербурга, численность которых составляла 9,9 тыс. человек.

Изучение барьеров окружающей среды для инвалида на кресле-коляске в районе проживания проведено методом экспертных оценок и социологического исследования. Перечень объектов социальной инфраструктуры, которые посещал инвалид, структурирован по ведомственному (отраслевому) признаку: здравоохранение, образование, социальная защита населения, физическая культура и спорт, культура, объекты транспортной инфраструктуры, объекты информации и связи, жилые здания, объекты сферы услуг и потребительского рынка.

Третье, организационно-методическое, направление предусматривало: на VI этапе – изучение условий комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, на VII этапе – анализ действующей системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Объектами исследования были учреждения МСЭ, проводившие реабилитационно-экспертную диагностику, жилые помещения инвалидов, учреждения и исполнительные органы государственной власти, задействованные в организации обустройства жилья инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках.

Проанализирована экспертная документация учреждений МСЭ, индивидуальные программы реабилитации инвалидов, социальные паспорта семей детей-инвалидов и инвалидов, заключения мультидисциплинарной команды по обустройству жилья, карта определения потребностей в адаптации жилья, результаты организационного эксперимента, положения МКФ, международные и российские документы.

Адаптация квартир инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, проведена в соответствии с Планом мероприятий долгосрочной целевой программы «Улучшение качества жизни детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями в Ленинградской области» на 2012–2014 гг., утвержденного постановлением правительства Ленинградской области от 14.05.2012 (в ред. 06.02.2013). Совместное финансирование данных работ из областного и местного бюджета, а также возможное финансирование из других источников позволили в Ленинградской области переоборудовать с учетом потребностей инвалидов в течение указанного срока 34 квартиры.

При формировании системного подхода с учётом МКФ к экспертной оценке показаний для подбора кресла-коляски для получения наиболее качественного суждения к участию в экспертизе привлекались специалисты, имеющие высокий профессиональный уровень и большой практический опыт работы в медико-социальной сфере.

Для изучения барьеров направления на медико-социальную экспертизу и предоставления государственной услуги по МСЭ было проведено социологическое исследование по специально разработанным анкетам (Приложение 2). Изучено мнение специалистов, оказывающих инвалидам медицинские и социальные услуги. Исследование проведено в рамках Общероссийского семинара, организованного Минтрудом России по исполнению ГП «Доступная среда» на 2011–2020 гг. в восьми федеральных округах. Было опрошено 163 специалиста.

VII этап – изучение системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с ограничением мобильности. Изучены международные и российские документы, деятельность исполнительных органов государственной власти федерального, регионального и муниципального уровней, задействованных в решении данных вопросов, деятельность учреждений и организаций, занимающихся вопросами медико-социальной реабилитации и социальной интеграции инвалидов: федерального уровня и уровня субъекта РФ, в т. ч. учреждения МСЭ, здравоохранения, социальной защиты, занятости, физкультуры

и спорта и др. Проанализированы документы 81 субъекта РФ, утвердившие целевые программы субъектов РФ в области развития системы реабилитации и социальной интеграции инвалидов в 2012-м и в 2018 гг. (приложение 3).

Базы исследования:

1. Минтруд России, федеральные казенные учреждения Главные бюро МСЭ по Ленинградской области и г. Санкт-Петербургу Минтруда России.

2. Центры социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов г. Санкт-Петербурга.

3. ИОГВ в сфере социальной защиты населения Ленинградской области и г. Санкт-Петербурга.

Объектами исследования были выбраны:

– инвалиды, получающие пенсию в Пенсионном фонде РФ, с 2015 г. с учетом Крымского федерального округа;

– лица трудоспособного возраста по состоянию на период исследования (женщины до 54 лет и мужчины до 59 лет) и лица старше трудоспособного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше);

– впервые признанные инвалидами, в т. ч. с ограничением мобильности, в Российской Федерации в учреждениях МСЭ;

– инвалиды с ограничением мобильности, в т. ч. трудоспособного и старше трудоспособного возраста, включая инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках;

– специалисты, оказывающие инвалидам медицинские и социальные услуги;

– учреждения МСЭ, проводившие реабилитационно-экспертную диагностику; жилые помещения инвалидов; учреждения и исполнительные органы государственной власти, задействованные в организации обустройства жилья инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках; учреждения и организации, занимающиеся вопросами медико-социальной реабилитации и социальной интеграции инвалидов: федерального уровня и уровня субъекта РФ,

в т. ч. учреждения МСЭ, здравоохранения, социальной защиты, занятости, физкультуры и спорта и др.

– международные и российские документы.

## **2.2 Обоснование выбора единиц наблюдения**

В данном разделе проведено обобщение и типология проблем здоровья инвалидов с ограничением мобильности.

С использованием формально-логического метода обобщения и типологии в понятии «инвалиды с ограничением мобильности» выделены определенные типовые признаки, позволяющие увидеть специфику данного явления, ее разнообразие, свойства, связи и зависимости, общее и специфическое и посредством этого проникнуть в их сущность. Более глубокий анализ медико-социальных проблем проведен в отношении инвалидов с ограничением мобильности – людей, передвигающихся на кресле-коляске, которые наиболее ярко демонстрируют проблемы социальной дезинтеграции из всех маломобильных групп населения.

Под мобильностью понималась дефиниция МКФ, которая характеризует не столько нарушение функции, сколько связанные с ними активность и участие человека в обычных общественных взаимоотношениях. К мобильности отнесены разнообразные движения, в том числе преодоление препятствий и использование различных видов транспорта (по МКФ).

Для решения различных вопросов социальной интеграции, создания доступной среды жизнедеятельности в широком смысле этого термина могут быть использованы различные обобщающие подходы к оценке здоровья инвалидов: качественные и количественные.

В Российской Федерации оценка стойких расстройств функций организма человека (нарушений здоровья, проблем здоровья и др.) при установлении

инвалидности осуществляется в соответствии с «Классификациями и критериями...», утвержденными приказом Минтруда России от 29.09.2014 № 664н (действовали в 2014–2016 гг.), приказом от 17.12.2015 № 1024н (действовали в 2016–2019 гг.) и действующим с 1 января 2020 г. приказом от 27.08.2019 № 585н (далее – Классификации и критерии). Эти документы предусматривают 6 основных групп расстройств функций организма. Экспертная оценка показала, что инвалиды с ограничением мобильности испытывают разные затруднения, связанные со стойкими нарушениями функций организма (таблица 4).

Таблица 4 – Характеристика проблем здоровья инвалидов с разными нарушениями функций организма

Нарушения функций организма	Характеристика проблем здоровья
Психических функций	Могут наблюдаться нарушения функции центральной нервной системы, например, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений и других
Языковых и речевых функций	Могут наблюдаться нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия); вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования
Сенсорных функций	Могут наблюдаться нарушения зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль
Нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (статодинамических)	Могут наблюдаться нарушения движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений
Функций внутренних органов и кожи	Могут наблюдаться нарушения функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи
Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	Могут наблюдаться нарушения деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела

Также в российской практике применена количественная оценка стойких расстройств функций организма человека. Комплексная оценка показателей

предусматривает 4 степени, которые оценены в процентах в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов (таблица 5).

Таблица 5 – Количественная оценка стойких расстройств функций организма человека

Нарушения функций организма в различном выражении		
В цифровом выражении	В вербальном выражении	Диапазон в процентах
I степень	стойкие незначительные нарушения	от 10 до 30
II степень	стойкие умеренные нарушения	от 40 до 60
III степень	стойкие выраженные нарушения	от 70 до 80
IV степень	стойкие значительно выраженные нарушения	от 90 до 100

Детальная количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций приведена в Приложении к Классификациям и критериям. Приложение включает классы, блоки и наименование болезней, травм или дефектов (их последствий), соответствующую им рубрику по МКБ-10, а также клинично-функциональную характеристику стойких нарушений функций организма человека, обусловленных указанными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и собственно количественную оценку последних в процентах.

Описание процесса функционирования и способностей инвалида осуществлено с помощью доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, систематизированных МКФ (ВОЗ, 2001). Для детей и подростков разработана адаптированная её версия МКФ-ДП, слияние которой с МКФ одобрено ВОЗ в 2012 г.

Так, для описания функционирования организма МКФ использованы домены функций (b110– b860) и домены структур (s110– s840); для описания жизнедеятельности человека и ограничений жизнедеятельности – домены d110– d950; для описания факторов окружающей среды – домены e110– e595.

Ограничение жизнедеятельности в практике российской социальной защиты – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться,



ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Под ограничением жизнедеятельности инвалида расценивалась полная или частичная утрата им способности или возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными. Основные категории жизнедеятельности человека представлены в приказе Минтруда России от 27.08.2019 № 585н.

Для оценки ограничений жизнедеятельности человека проводилось сопоставление выявленных нарушений здоровья и требований, которые предъявляются конкретными видами деятельности к системам организма человека.

Классификация основных категорий жизнедеятельности включала также три степени выраженности этих категорий в зависимости от способности лица осуществлять определенный вид жизнедеятельности и необходимых для этого условий (1-я, 2-я, 3-я степени).

В зависимости от преимущественных ограничений жизнедеятельности учеными предложена для использования классификация «категорий (видов)» инвалидности. Эта классификация не имеет правового закрепления, но также использована для решения практических задач создания доступной среды жизнедеятельности (таблица 6).

Таблица 6 – Основные ограничения жизнедеятельности у инвалидов с разными нарушениями здоровья

«Категория (вид)» инвалидности	Основное ограничение жизнедеятельности
Инвалид передвигается в кресле-коляске	Ограничение способности к самостоятельному передвижению: дома, вне дома, в транспорте, на объектах
Инвалид с нарушением зрения (слепота или слабовидение)	Ограничение способности к ориентации в пространстве, ограничению способности к общению (восприятию, передаче информации и др.), ограничению способности к самостоятельному передвижению
Инвалид ограничен в действии руками (в т. ч. отсутствие рук)	Ограничение способности к самообслуживанию, в т. ч. действий руками
Инвалид с нарушением зрения и слуха (слепоглухота)	Ограничение способности к ориентации, общению, ограничению способности к самостоятельному передвижению
Инвалид с нарушениями функции слуха и речи (глухота, глухонмота)	Ограничение способности к ориентации, общению

Для решения вопросов создания доступной среды жизнедеятельности на объектах социальной инфраструктуры использована классификация форм инвалидности (КОСГУ) (таблица 7).

Таблица 7 – Классификация (кодификатор) форм инвалидности для решения вопросов устранения барьеров на объектах социальной инфраструктуры

Буквенное обозначение	Формы инвалидности	Графическое изображение
К	Инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках	
О	Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата: – не действующие руками; – передвигающиеся с помощью тростей, опор, костылей	
С	Инвалиды с нарушениями зрения: – незрячие; – слабовидящие	
Г	Инвалиды с нарушениями слуха: – неслышащие; – слабослышащие	
У	Инвалиды с нарушениями умственного развития	

Таким образом, для разработки системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с ограничением мобильности и ее концептуального обоснования целевыми группами были определены инвалиды старше трудоспособного и трудоспособного возраста, имеющие следующие проблемы здоровья:

- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, вызывающих необходимость использования при передвижении кресло-коляску;
- другие нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций;
- нарушение сенсорной функции – зрения и слуха;
- нарушение психических функций.

Также рассмотрены нарушения языковых и речевых функций из-за специфичности и сложности ограничений жизнедеятельности и барьеров, которые могут возникнуть у данной категории граждан при социальном взаимодействии с другими людьми при получении услуг в учреждениях социальной инфраструктуры, в т. ч. при передвижении на отдалённые расстояния.

Для решения вопросов медико-социальной реабилитации при выделении целевых групп использованная систематизация может быть расширена.

### **2.3 Методы исследования и статистическая обработка результатов исследования**

Методы исследования первого и второго этапа в рамках социально-гигиенического направления – документальный, социально-гигиенический, статистический. Используются методы параметрической статистики, динамического ряда (абсолютные, относительные, средние величины), метод выравнивания динамического ряда путем расчета скользящей средней, которые

достаточно подробно представлены в литературе. Применялись стандартные программы Microsoft Excel, предназначенные для статистического анализа результатов исследований.

Помощь при организации исследования оказали руководители и специалисты Минтруда России, учреждений МСЭ по г. Санкт-Петербургу, Ленинградской и Нижегородской области, Комитета по социальной политике г. Санкт-Петербурга, Комитета по социальной защите населения Ленинградской области, Центров социальной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста г. Санкт-Петербурга, Межрегионального ресурсного центра «Доступный мир», Сотрудничающего Центра ВОЗ по семейству международных классификаций в РФ (МКФ).

На основании полученных результатов исследования разработана система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности.

### **ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИНДИКАТОРА ФОРМИРОВАНИЯ КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ**

В настоящей главе представлены материалы анализа основных демографических и медико-социальных показателей отдельных групп населения с ограничением мобильности: инвалидов и лиц старше трудоспособного возраста. Основные статистические социально-демографические показатели рассматриваются за 2004–2018 гг. (15 лет), показатели общей инвалидности за 2010–2019 гг. (10 лет), первичной инвалидности – за 2003–2017 гг. (15 лет).

#### **3.1 Тенденции развития численности населения Российской Федерации**

Население России по данным Росстата в 2018 г. составило 146 880 тыс. человек. На территории страны зарегистрировано ЛТВ – 82 264 тыс. человек, ЛСТВ – 37 362 тыс. человек, соответственно.

За 15 лет – с 2004 по 2018 г. – число жителей РФ увеличилось на 2 746 тыс. человек. В динамике численности зафиксировано два периода: с 2004 по 2008 г. – снижение численности с 144,1 до 142,7 млн человек, соответственно; период постепенного увеличения численности жителей с 142,7 млн человек в 2009 г. до 146,9 млн человек в 2018 г. При этом в динамике численность ЛТВ уменьшилась на 7 588 тыс. человек, а ЛСТВ возросла на 8 016 тыс. человек (таблица 8, рисунок 10).

Таблица 8 – Динамика общей численности ЛТВ и ЛСТВ Российской Федерации (на 1 января), по данным Росстата

Показатель, тыс. человек	Годы														
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Численность жителей	144134	143801	143236	142863	142748	142737	142857	142865	143056	143347	143667	146267	146545	146804	146880
Численность ЛТВ	89852	90099	90157	90058	89745	89342	87983	87847	87055	86137	85162	85415	84199	83224	82264
Численность ЛСТВ	29346	29353	29408	29732	30161	30541	31714	31809	32433	33100	33788	35163	35986	36685	37362
Численность отдельных возрастных групп, в т.ч.															
50–54 года	10447	10576	10738	10887	11037	11272	11483	11509	11560	11436	11184	10957	10356	9834	9372
55–59 лет	6466	7737	8724	9164	9501	9755	10022	10063	10215	10382	10634	10873	11092	11155	11049
60–64 года	6387	5213	4458	4408	5014	5916	7832	7982	8380	8690	8948	9260	9444	9609	9783
65–69 лет	7021	7567	7699	7572	6687	5565	4002	3913	3896	4453	5269	6428	7263	7637	7937
70 и более лет	12325	12242	12358	12605	13111	13554	14210	14219	14380	14099	13587	13377	13083	13222	13506

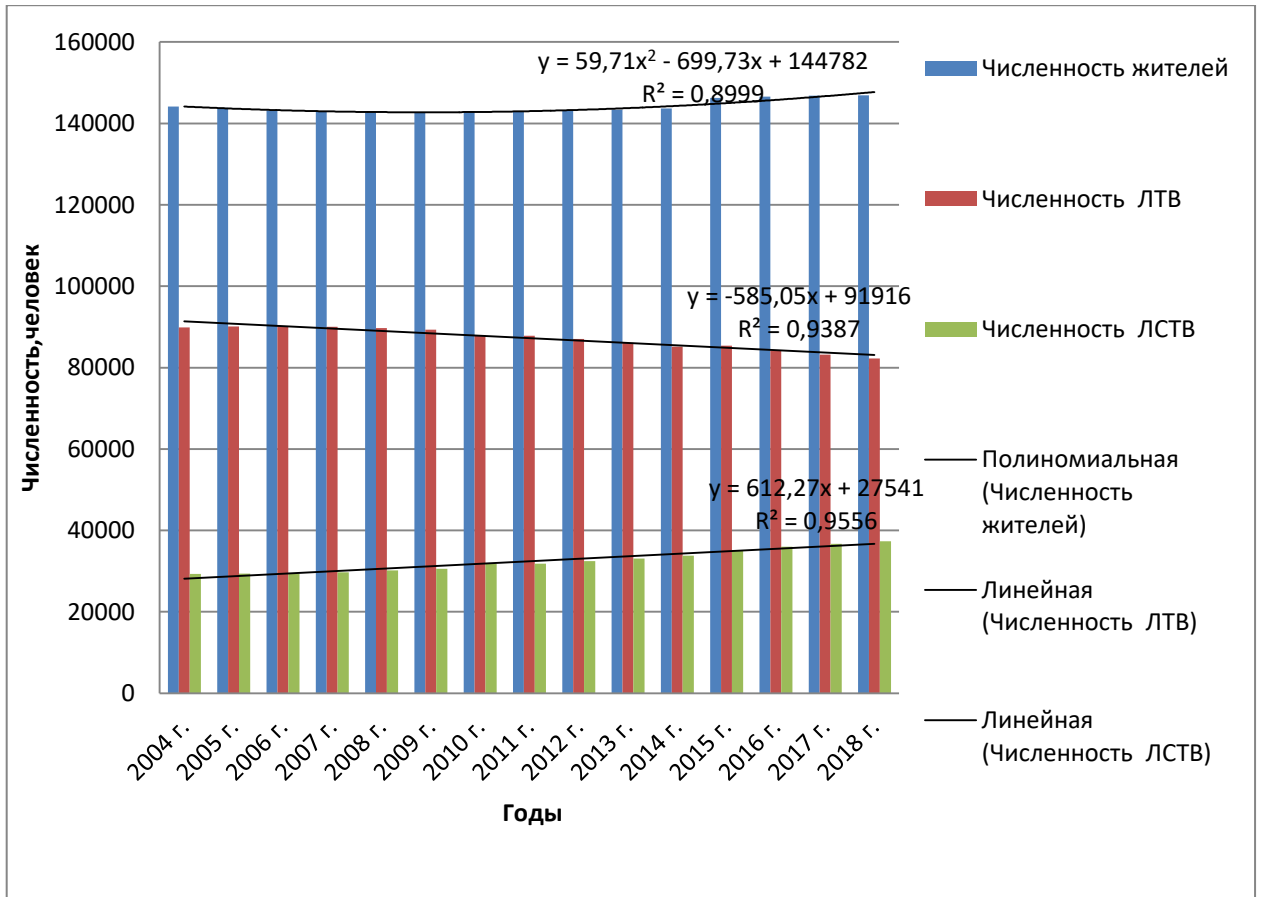


Рисунок 10 – Динамика численности в Российской Федерации ЛТВ и ЛСТВ за 2004–2018 гг.

Число ЛСТВ из года в год возрастало (таблица 9, рисунок 10), что подтверждено линией тренда с высоким коэффициентом достоверности ( $R^2 = 0,95$ ). Наибольший темп прироста наблюдался в 2015-м и 2010 гг., когда он достиг +4,1 % и +3,8 %, соответственно. В целом за 15 лет увеличение числа ЛСТВ в РФ произошло на 27,3 %. При этом численность ЛТВ с каждым годом снижалась ( $R^2=0,93$ ). Исключение составили 2005-й, 2006-й и 2015 гг., когда темп прироста колебался от +0,1 % до +0,3 %. Максимальный темп отрицательного прироста наблюдался в 2010 г. (–1,5 %). В целом за 15 лет снижение ЛТВ произошло на 8,4 %.

Таблица 9 – Динамика показателей численности ЛТВ и ЛСТВ в Российской Федерации за 2004–2018 гг.

Показатель	Годы													
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ
Численность, тыс. человек	89852	29346	90099	29353	90157	29408	90058	29732	89745	30161	89342	30541	87983	31714
Абсолютный прирост, тыс. чел	–	–	+247	+7	+58	+55	–99	+324	–313	+429	–403	+380	–1359	+1173
Темп прироста (% , +, -)	–	–	+0,3	+0,02	+0,1	+0,2	–0,1	+1,1	–0,3	+1,4	–0,4	+1,3	–1,5	+3,8
Показатель наглядности для ЛТВ, %	100,0	–	100,3	–	100,3	–	100,2	–	99,8	–	99,4	–	97,9	–
Показатель наглядности для ЛСТВ, %	–	100,0	–	100,0	–	100,2	–	101,3	–	102,8	–	104,1	–	108,1



Продолжение Таблицы 9

Показатель	Годы															
	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ
Численность, тыс. человек	87847	31809	87055	32433	86137	33100	85162	33788	85415	35163	84199	35986	83224	36685	82264	37362
Абсолютный прирост, тыс. чел	-136	+95	-792	+624	-918	+667	-975	+688	+253	+1375	-1216	+823	-975	+699	-960	+677
Темп прироста (%, +, -)	-0,2	+0,3	-0,9	+2,0	-1,1	+2,1	-1,1	+2,1	+0,3	+4,1	-1,4	+2,3	-1,2	+1,9	-1,2	+1,8
Показатель наглядности для ЛТВ, %	97,8	-	96,9	-	95,9	-	94,8	-	95,1	-	93,7	-	92,6	-	91,6	-
Показатель наглядности для ЛСТВ, %	-	108,4	-	110,5	-	112,8	-	115,1	-	119,8	-	122,6	-	125,0	-	127,3

Изучение данных Федеральной службы государственной статистики на 1 января 2018 г. показало, что численность ЛСТВ в РФ составила 25,4 % среди всех жителей страны (таблица 10).

Таблица 10 – Показатели численности и удельного веса ЛСТ и ЛСТВ в РФ, СЗФО, г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области на 1 января 2018 г.

Показатель, тыс. человек		Российская Федерация	Северо-Западный Федеральный округ	г. Санкт-Петербург	Ленинградская область
Жители РФ	абс.	146880,4	13952,0	5351,9	1813,8
	%	100,0	100,0	100,0	100,0
ЛСТ	абс.	82264,1	7878,9	3087,7	1030,2
	%	56,0	56,5	57,7	56,8
ЛСТВ	абс.	37362,6	3710,7	1441,4	505,7
	%	25,4	26,6	26,9	27,9

Численность ЛСТВ в СЗФО – около 3,7 млн человек (26,6 %). В г. Санкт-Петербурге ЛСТВ составили 1,4 млн человек – 26,9 % среди всего населения города, что на 1,5 % выше российских показателей; в Ленинградской области: 0,5 млн человек и 27,9 %, соответственно, что на 2,5 % превышает аналогичный показатель РФ.

Среди ЛСТВ на 1 января 2018 г. в Российской Федерации наибольший удельный вес составили лица 70 лет и старше – 36,2 % (таблица 11).

Среди населения старше трудоспособного возраста лица в возрасте 55–59 лет (только женщины) составили 16,4 %, 60–64 лет – 26,2 %, 65–69 лет – 21,2 %, соответственно.

Таблица 11 – Возрастная структура ЛСТВ в Российской Федерации на 1 января 2018 г.

Возрастные группы населения	Лица старше трудоспособного возраста	
	Численность, тыс. человек	Удельный вес, %
Всего	37362,6	100,0
55–59 лет (только женщины)	6136,5	16,4
60–64 года	9782,9	26,2
65–69 лет	7937,0	21,2
70 и более лет	13506,2	36,2

Таким образом, в динамике 2004–2018 гг. численность лиц трудоспособного возраста уменьшилась на 7 588 тыс. человек (8,4 %), а лиц старше трудоспособного возраста возросла – на 8 016 тыс. человек (27,3 %); в эти годы аппроксимирующая (сглаженная) кривая показала тренд снижения показателей численности жителей страны в 2004–2008 гг. с 144,1 до 142,7 млн человек, соответственно, и период постепенного увеличения численности населения в 2009–2018 гг. с 142,7 до 146,8 млн человек.

### 3.2 Тенденции развития общей инвалидности в Российской Федерации

Результаты исследования показали, что общее число инвалидов в РФ сократилось с 13 134 тыс. человек в 2010 г. до 11 947 тыс. человек в 2019 г. (таблица 12). С 2015 г. сведения, представленные в таблице 14, проанализированы с учетом численности инвалидов по Крымскому федеральному округу.

Удельный вес инвалидов среди населения в РФ уменьшился за 2010–2019 гг. с 9,2 до 8,1 %.

Моментный динамический ряд показателей общей инвалидности в РФ на 1 января каждого года представлен в таблице 13.

Таблица 12 – Показатели общей инвалидности в РФ среди населения  
(по данным Росстата на 2010–2019 гг.)

Показатель	Годы									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Общее число инвалидов, тыс. человек	13134	13209	13189	13082	12946	12924	12751	12261	12111	11947
Численность населения РФ, тыс. человек	142857	142865	143056	143347	143667	146267	146545	146804	146880	146780
Удельный вес инвалидов среди населения, %	9,2	9,2	9,2	9,1	9,0	8,8	8,7	8,2	8,2	8,1

Таблица 13 – Показатели общей инвалидности в РФ в 2010–2019 гг.

Показатель	Годы									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Число инвалидов, тыс. человек	13134	13209	13189	13082	12946	12924	12751	12261	12111	11947
Абсолютная убыль, абс.	–	+75	–20	–107	–136	–22	–173	–490	–150	–164
Темп прироста/ убыли, %	–	+0,6	–0,2	–0,8	–1,0	–0,2	–1,3	–3,9	–1,3	–1,4
Показатель наглядности, %	100,0	100,6	100,4	99,6	98,6	98,4	97,1	97,1	92,2	90,9

Анализ численности контингента инвалидов в РФ, получающих пенсии, за 2010–2019 гг. показал ежегодное снижение показателя, начиная с 2012 г. ( $p < 0,05$ ). Наибольший темп снижения наблюдался в 2017 г. (–3,9 %, соответственно). В целом за 10 лет снижение числа инвалидов произошло на 9,1 %.

Уровень общей инвалидности также уменьшился с 91,9 на 1 000 человек в 2010 г. до 81,4 в 2019 г., соответственно (рисунок 11). Линия тренда показывает снижение с высокой достоверностью ( $R^2 = 0,92$ ).

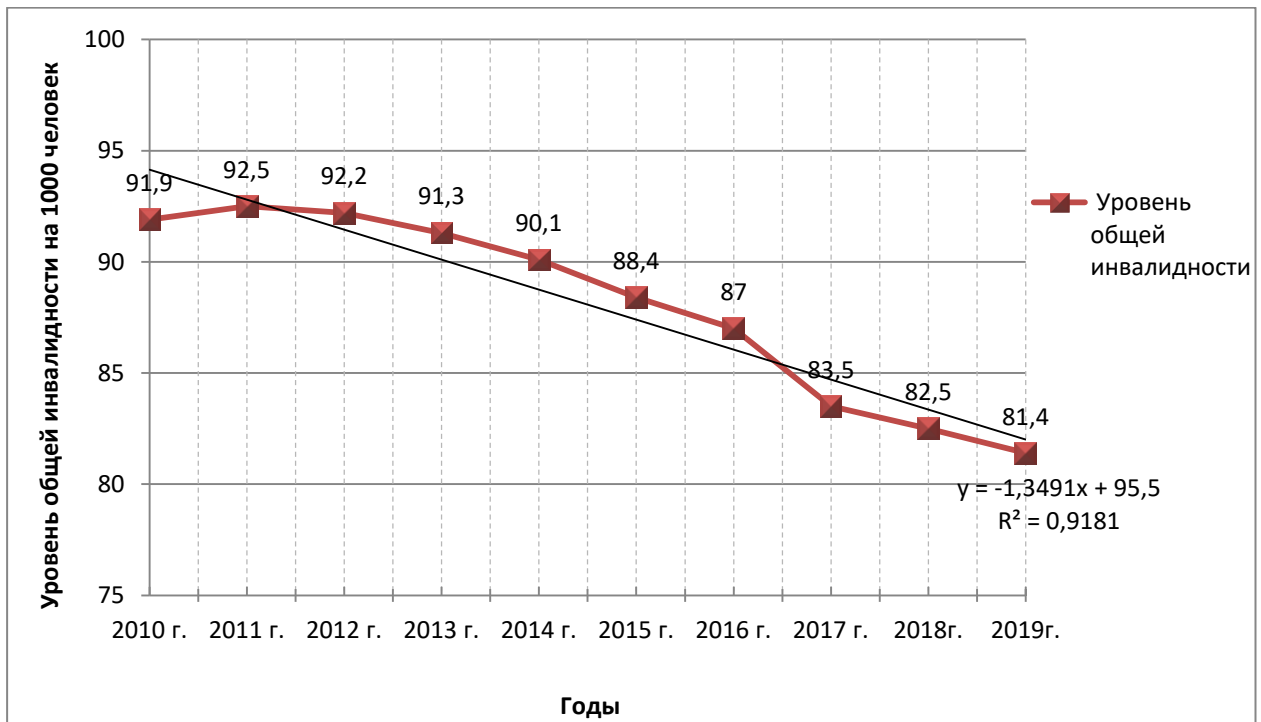


Рисунок 11 – Динамика уровня общей инвалидности в РФ за 2010–2019 гг.  
(на 1000 человек)

Снижение показателей общей инвалидности в первую очередь связано с устойчивым уменьшением числа граждан, впервые направленных и признанных инвалидами в учреждениях МСЭ. Так, в 2010 г. в учреждения МСЭ были направлены и освидетельствованы впервые для установления инвалидности 3 052 тыс. граждан, а в 2017 г. в 1,4 раза меньше – лишь 2 134 тыс. человек.

Анализ структуры контингента инвалидов в РФ, получающих пенсии, в 2019 г. выявил следующие особенности: среди всех инвалидов, получавших пенсионные выплаты, инвалиды I группы составили 1 433 тыс. человек (12,0 %), II группы – 5 356 тыс. человек (44,8 %), III группы – 4 488 тыс. человек (37,6%), дети-инвалиды – 670 тыс. человек (5,6 %), соответственно (рисунок 10).

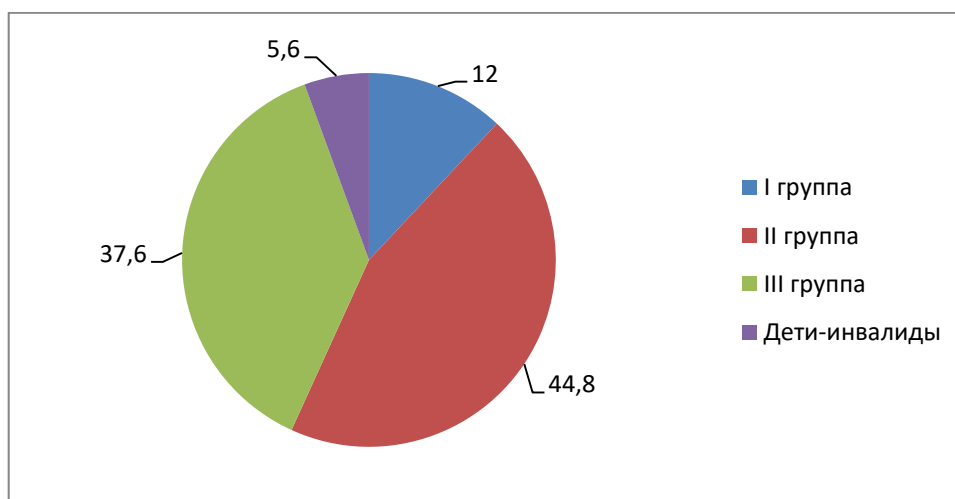


Рисунок 12 – Состав контингента инвалидов в РФ, получающих пенсии, в 2019 г.

Изменение тяжести общей взрослой инвалидности в РФ в 2010–2019 гг. представлено в таблице 14 и на рисунке 13.

Таблица 14 – Показатели динамики тяжести общей взрослой инвалидности в РФ по данным Росстата за 2010 – 2019 гг.

Показатель		Годы									
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего взрослых инвалидов, тыс. человек	абс.	12615	12668	12629	12514	12366	12319	12134	11625	11460	11277
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе: I группы	абс.	1920	1540	1515	1496	1451	1355	1283	1309	1466	1433
	%	15,2	12,1	12,0	12,0	11,7	11,0	10,6	11,3	12,8	12,7
II группы	абс.	7086	7306	7076	6833	6595	6472	6250	5921	5552	5356
	%	56,2	57,7	56,0	54,6	53,3	52,5	51,5	50,9	48,4	47,5
III группы	абс.	3609	3822	4038	4185	4320	4492	4601	4395	4442	4488
	%	28,6	30,2	32,0	33,4	34,9	36,5	37,9	37,8	38,8	39,8

Изучение динамики анализируемого показателя за 10 лет с 2010 по 2019 гг. выявило снижение удельного веса инвалидов I группы с 15,2 до 10,6 % и инвалидов II группы – с 56,2 до 47,5 %, соответственно. Доля инвалидов III группы возросла с 28,6 до 39,8 %, соответственно. Другими словами, контингент инвалидов, получающих пенсии, стал менее тяжелым.

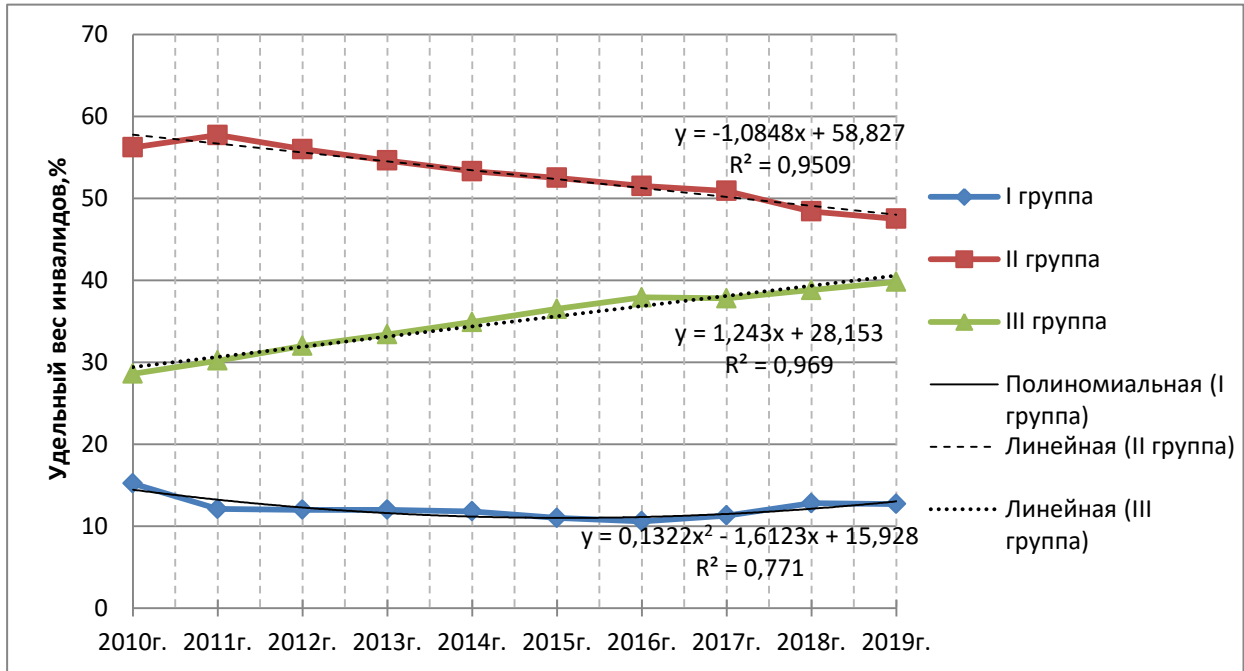


Рисунок 13 – Динамика тяжести общей взрослой инвалидности в РФ 2010– 2019 гг.

К инвалидам ЛТВ относятся мужчины в возрасте 18–59 лет, женщины в возрасте 18–54 года. Инвалиды ЛСТВ: мужчины 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше (на момент проведения исследования до реформы пенсионного возраста).

Анализ показателей общей инвалидности в возрастном аспекте выявил следующее: в РФ на 2019 г. зарегистрировано 11 277 тыс. взрослых инвалидов (18 лет и старше), из них 30,9 % составили ЛТВ с преобладанием в данной возрастной группе в 6 раз лиц среднего возраста 31–54/59 лет над лицами молодого возраста 18–30 лет (таблица 15).

Таблица 15 – Показатели общей инвалидности в возрастном и гендерном аспектах в РФ на 2019 г.

Показатель	Всего инвалидов		В том числе	
	Абс.	%	Мужчин*	Женщин*
			Абс.	Абс.
Общее число инвалидов 18 лет и старше, тыс. чел	11277	100,0	5183	6765
ЛТВ	3486	30,9	2182	1304
в том числе, 18–30 лет	501	4,4	285	216
мужчины 31–59 лет, женщины 31–54 года	2985	26,5	1897	1088
ЛСТВ	7791	69,1	2619	5172

\* Сведения Росстата, сформированные на основе данных федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов»

Как видно из таблицы 15, лица в возрасте 18–30 лет составили 4,4 %, а лица среднего возраста (мужчины в возрасте 31–59 лет, женщины в возрасте 31–54 года) – 26,5 %.

Таким образом, анализ основных медико-демографических показателей за 2010–2019 гг. выявил уменьшение численности и уровня общей инвалидности на фоне роста численности населения старше трудоспособного возраста и снижения – трудоспособного возраста. Основной фактор, определяющий уровень общей взрослой инвалидности – первичная инвалидность. Такое парадоксальное развитие общей инвалидности на фоне постарения населения, возможно, является подтверждением гипотезы «управляемой инвалидности», которая характеризуется значимой ролью нормативно-правовых документов в регулировании процедуры и критериев установления инвалидности, часто приводя к расхождению ожиданий общества в отношении социальной поддержки граждан путем установления инвалидности и возможностей государства.



Основными социально-гигиеническими особенностями показателей общей инвалидности в РФ, характеризующих контингент лиц, получающих пенсии по инвалидности, являются:

– преобладание «тяжелой» инвалидности в структуре общей инвалидности, т. е. с выраженными и значительно выраженными нарушениями функций организма, суммарно удельный вес инвалидов I и II групп среди инвалидов – более 60 %;

– в динамике с 2010 по 2019 г. прослеживалось увеличение абсолютной численности и удельного веса инвалидов III группы, а также снижение численности и доли инвалидов I и II групп, другими словами общая инвалидность становится «легче»;

– лица старше трудоспособного возраста составили практически 70 % всех инвалидов.

Складывающаяся социально-демографическая ситуация в Российской Федерации определяет задачи государственной политики, направленные не только на обеспечение основных потребностей инвалидов, но и учета особенностей граждан старшего поколения, которые формируют большую часть общей и первичной инвалидности. В общенациональные стратегии и программы, решающие задачи в отношении старшего поколения и инвалидов, необходимо внести коррективы, предполагающие развитие профилактического, реабилитационного и медико-социального направлений. Для совершенствования деятельности учреждений и организаций, оказывающих услуги инвалидам, в том числе лицам старше трудоспособного возраста, необходимо изучать и внедрять положения Конвенции о правах инвалидов, Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года.

Необходима дальнейшая работа по уточнению поставленных задач и целевых ориентиров для разных уровней реализации социальной политики государства в отношении граждан старшего поколения (федерального,

регионального, местного) по профилактическому, реабилитационному и медико-социальному направлениям, расчеты необходимых средств и поиски механизмов финансирования.

Следовательно, общую инвалидность можно рассматривать как медико-социальный индикатор постарения населения в РФ.

### 3.3 Показатели первичной инвалидности в Российской Федерации

Ежегодно в учреждения медико-социальной экспертизы РФ впервые обращались с целью получения государственной услуги по МСЭ в 2017 г. более 778,3 тыс. человек, из них 98,1 % для установления инвалидности, остальные 1,9 % граждан – для решения иных вопросов, находящихся в сфере компетенции МСЭ: для определения степени утраты профессиональной трудоспособности, стойкой утраты трудоспособности, определения причины смерти гражданина и др. (таблица 16).

Таблица 16 – Результаты первичных освидетельствований в учреждениях медико-социальной экспертизы в РФ в 2017 г.

Число граждан	Общее число граждан		В том числе			
			ЛТВ		ЛСТВ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Освидетельствованных в учреждении МСЭ, всего	778278	-	384008	-	394270	-
Освидетельствованных для установления инвалидности	763747	100,0	372968	100,0	390779	100,0
Из них:	661715	86,6	301752	80,9	359963	92,1
признаны инвалидами						
не признаны инвалидами	102032	13,4	71216	19,1	30816	7,9

В 2017 г. в РФ было впервые признано инвалидами 661 тыс. человек, что составило 86,6 % среди освидетельствованных граждан. Вместе с тем, у

остальных 13,4 % граждан из числа направленных не были выявлены условия для установления инвалидности, определенные действующими нормативно-правовыми документами, и, соответственно, инвалидность не установлена. Большая часть данных граждан была направлена врачебными комиссиями медицинских организаций на МСЭ без медицинских оснований. В то же время сохранение подобной практики, возможно, в меньших объемах, необходимо для соблюдения конституционного права каждого гражданина на медико-социальную помощь. Среди ЛТВ показатель «необоснованного направления» в 2,4 раза выше, чем у ЛСТВ.

За 15 лет (2003–2017 гг.) в РФ первичная инвалидность была установлена 14 883 тыс. человек (таблица 17).

Таблица 17 – Динамика первичной взрослой инвалидности в РФ за 2003–2017 гг.

Годы	Всего взрослых инвалидов, тыс. человек		Впервые признанных инвалидами, тыс. человек			
			ЛТВ		ЛСТВ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2003	1091	100,0	536	49,1	555	50,9
2004	1464	100,0	530	36,2	934	63,8
2005	1799	100,0	566	31,5	1233	68,5
2006	1474	100,0	546	37,0	928	63,0
2007	1109	100,0	575	41,0	654	59,0
2008	966	100,0	432	44,7	534	55,3
2009	934	100,0	437	46,8	497	53,2
2010	893	100,0	441	49,4	452	50,6
2011	842	100,0	417	49,5	425	50,5
2012	805	100,0	395	49,1	410	50,9
2013	754	100,0	364	48,3	390	51,7
2014	729	100,0	346	47,5	383	52,5
2015	695	100,0	325	46,8	370	53,2
2016	666	100,0	313	47,0	353	53,0
2017	662	100,0	301	46,8	359	54,2
М хрон.	992,2	-	434,9	-	565,1	-

Колебания ежегодной численности впервые признанных инвалидами составили от 1 799 тыс. до 662 тыс. человек, средний уровень ряда – 992,2 тыс. человек. Средняя хронологическая (М хрон.) за 15 лет среди ЛТВ –

434,9 тыс. человек в год; среди ЛСТВ в 1,3 выше – 565,1 тыс. человек, соответственно.

В 2017 г. среди ВПИ 54,2 % составили ЛСТВ и 46,8 % – ЛТВ, соответственно.

В динамике численности лиц, впервые признанных инвалидами, (ВПИ) за 15 лет в РФ можно выделить два периода: возрастания численности с 2003 по 2005 г. – с 1 091 тыс. человек до 1 799 тыс. человек – и её уменьшение – с 2006 по 2017 г. – с 1 474 тыс. человек до 662 тыс. человек, соответственно (таблица 18, рисунок 14).

Таблица 18 – Показатели динамики первичной инвалидности в возрастном аспекте в РФ за 2003–2017 гг.

Годы	Показатели динамики ВПИ							
	ЛТВ				ЛСТВ			
	Число инвалидов (тыс. человек)	Абсолютный прирост, абс.	Темп снижения/роста в %	Показатель наглядности (%)	Число инвалидов (тыс. человек)	Абсолютный прирост (абс.)	Темп снижения/роста в %	Показатель наглядности (%)
2003	536	–	–	100,0	555	–	–	100,0
2004	530	– 6	98,9	98,9	934	+379	168,3	168,3
2005	566	+36	106,8	105,6	1233	+299	132,0	222,2
2006	546	–20	96,4	101,9	928	–305	75,3	167,2
2007	575	+29	105,3	107,3	654	–274	70,5	117,8
2008	432	–143	75,1	80,6	534	–120	81,7	96,2
2009	437	+5	101,2	81,5	497	–37	93,1	89,5
2010	441	+4	100,9	82,3	452	–45	90,9	81,4
2011	417	–24	94,6	77,8	425	–27	94,0	76,6
2012	395	–22	94,7	73,7	410	–15	96,5	73,9
2013	364	–31	92,2	67,9	390	–20	95,1	70,3
2014	346	–18	95,1	64,6	383	–7	98,2	69,0
2015	325	–21	93,9	60,6	370	–13	96,6	66,7
2016	313	–12	96,3	58,4	353	–17	95,4	63,6
2017	301	–12	96,2	56,1	359	+6	101,7	64,7

Как видно из таблицы 20, у ЛСТВ хронология численности ВПИ повторяет динамику первичной инвалидности:

– период возрастания ежегодной численности ВПИ старше трудоспособного возраста с 2003 по 2005 г. на 122,2 % (показатель наглядности 222,2 %) с наибольшим темпом роста в 2004 г. до 168,3 %, соответственно;

– период снижения ежегодной численности ВПИ старше трудоспособного возраста с 2006 по 2016 г. с наибольшим темпом снижения в 2007 г. до 70,5 %, соответственно.

Аппроксимирующая (сглаженная) кривая показывает тренд снижения численности ВПИ трудоспособного возраста за 12-летний период с 575 тыс. человек до 301 тыс. человек на 35,3 % (показатель наглядности – 64,7 %).

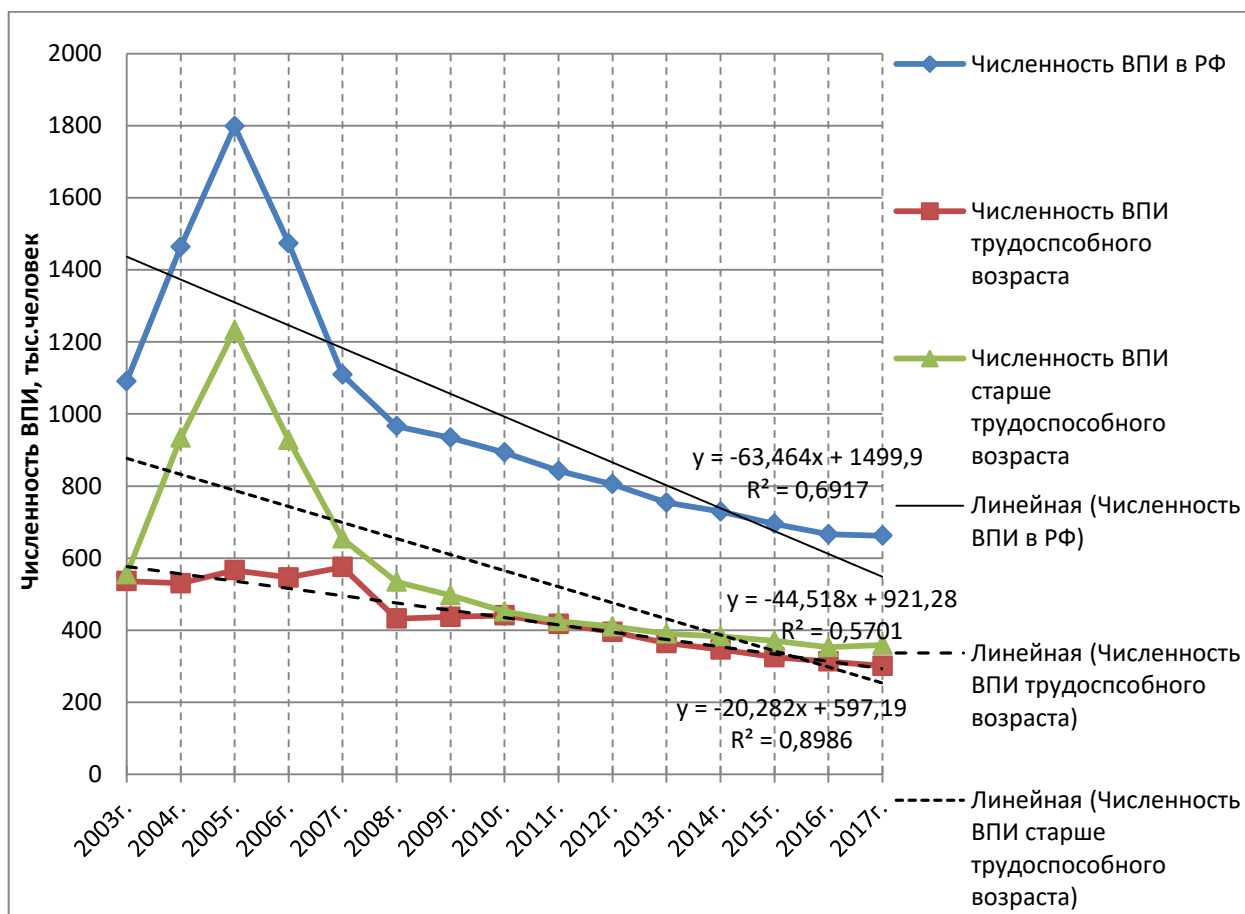


Рисунок 14 – Динамика численности ВПИ в РФ в возрастном аспекте

Интенсивный показатель первичной инвалидности по РФ на 10 тыс. населения приведен в таблице 19.

Таблица 19 – Динамика уровня первичной взрослой инвалидности в РФ за 2003–2014 гг. на 10 тыс. населения

Годы	Уровень ВПИ на 10 тыс. человек	Из них	
		Уровень ЛТВ	Уровень ЛСТВ
2003	95,8	60,0	189,8
2004	128,0	58,9	320,5
2005	157,0	62,8	422,5
2006	128,3	60,6	319,1
2007	96,2	64,0	222,9
2008	83,6	48,2	179,6
2009	80,6	49,3	165,3
2010	76,4	50,2	145,7
2011	72,2	47,7	138,4
2012	69,1	45,6	126,2
2013	64,8	42,5	117,8
2014	62,7	40,6	113,3
2015	47,5	38,3	104,0
2016	45,4	37,4	97,2
2017	45,0	36,3	97,0

Изменение уровня первичной взрослой инвалидности в РФ за 15 лет исследования характеризуется двумя периодами: возрастания и уменьшения (рисунок 15).

1) Период возрастания уровня первичной инвалидности в 1,6 раза (с 2003 по 2005 г.) с 95,8 до 157,0 на 10 тыс. взрослого населения. Особенностью данного периода является резкое возрастание уровня инвалидности ЛСТВ в 2,2 раза – с 189,8 до 422,5, соответственно. Изменения данных показателей трудно объяснить с точки зрения увеличения численности ЛСТВ – в этот период не зарегистрировано их скачкообразного роста. Вместе с тем в это время в стране происходило реформирование нормативно-правовой базы в сфере пенсионного законодательства, что, по нашему мнению, и повлияло на возрастание уровня первичной инвалидности ЛСТВ.

2) Период уменьшения уровня ВПИ в РФ (с 2006 по 2017 г.): вначале резкого, а затем сглаженного, несмотря на увеличение численности ЛСТВ в стране в эти годы. Возможно, данные показатели отражают результаты проводимых в стране реформ в сфере медико-социальной экспертизы – изменение

Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ (в 2005-м, 2009-м, 2014 гг.), а также, возможно, иллюстрируют результат организационных усилий по развитию в стране медицинской реабилитации, направленной на долечивание больных до установления инвалидности.

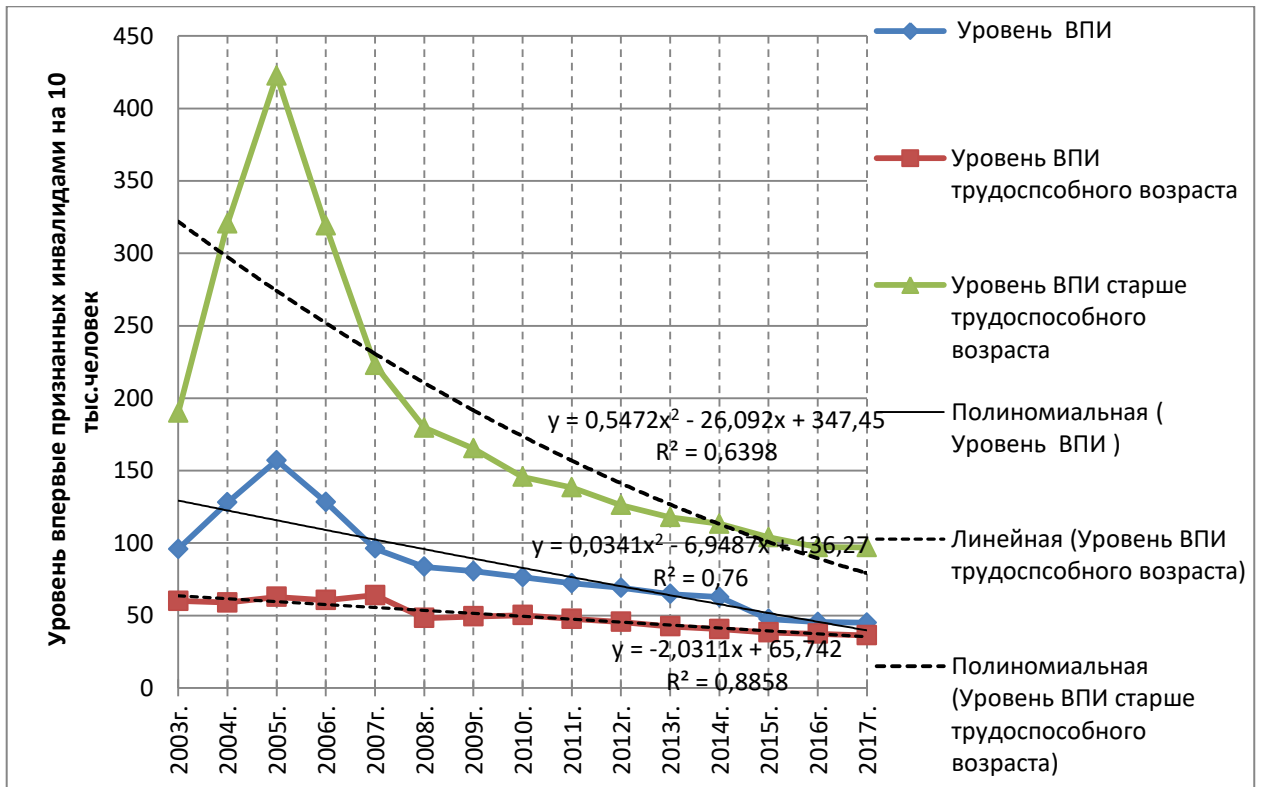


Рисунок 15 – Динамика уровня первичной инвалидности в РФ за 15 лет (2003–2017 гг.)

В структуре первичной инвалидности в РФ преобладают инвалиды III группы – 43,8 % в 2017 г. (таблица 20). Вместе с тем ВПИ II и I группы составили вместе 56,2 %. Данный показатель может отражать недостаточную эффективность работы медицинских организаций по профилактике инвалидности: больные при первичном обращении направлены в учреждение МСЭ с уже выраженными или значительно выраженными нарушениями функций организма.

Таблица 20 – Динамика структуры первичной инвалидности взрослого населения РФ за 2008–2014 гг. по тяжести

Первичная инвалидность, тыс. человек		Годы									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего ВПИ	абс.	966	934	893	842	805	754	729	695	666	662
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
I группы	абс.	101	109	137	131	128	124	122	125	126	129
	%	10,5	11,7	15,3	15,6	15,9	16,5	16,7	18,0	18,9	19,5
II группы	абс.	504	465	392	353	329	303	289	261	248	243
	%	52,2	49,8	43,9	41,9	40,9	40,1	39,6	37,6	37,2	36,7
III группы	абс.	361	360	364	358	348	327	318	308	293	290
	%	37,4	38,5	40,8	42,5	43,2	43,4	43,7	44,3	43,9	43,8

Динамика показателей первичной инвалидности взрослого населения по тяжести отличалась от динамики групп общей инвалидности (рисунок 16). Возросла ежегодная численность инвалидов I группы с 101 тыс. человек до 129 тыс. человек, удельный вес этой группы увеличился практически в два раза, с 10,5 до 19,5 %, соответственно. Впервые признанные инвалидами II группы: численность их уменьшилась с 504 тыс. человек в год до 289 тыс. человек, удельный вес снизился в 1,4 раза – с 52,2 до 36,7 %, соответственно. Численность инвалидов III группы в абсолютном выражении уменьшилась с 361 тыс. до 290 тыс. человек. Вместе с тем удельный вес первичных инвалидов III группы увеличился с 37,4 до 43,8 %. Можно констатировать, что первичная инвалидность стала «легче», т. к. удельный вес лиц с умеренными нарушениями здоровья возрастает за счет снижения II группы. Возрастание тяжёлой инвалидности I группы, возможно, указывает на повышение выживаемости больных, связанной с организацией им медицинской помощи, что подтверждается возрастающей долей инвалидов с онкологическими заболеваниями.



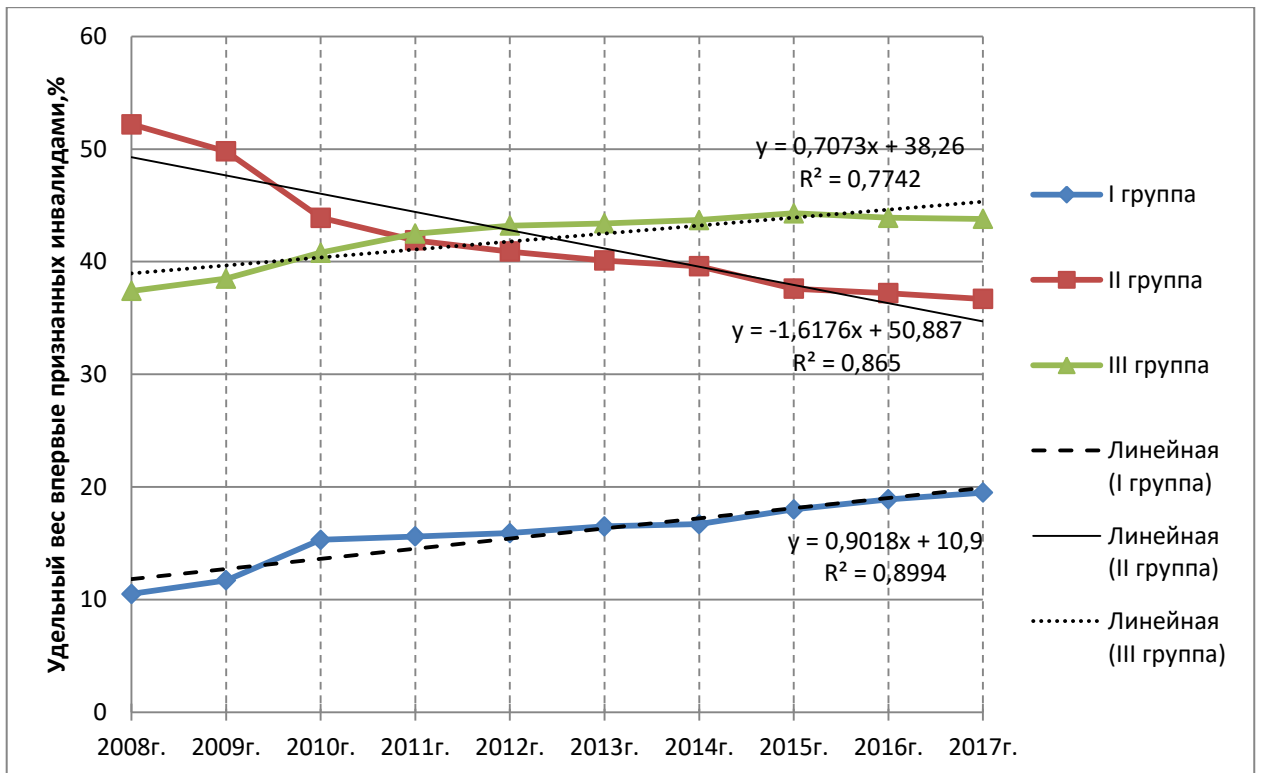


Рисунок 16 – Динамика показателей удельного веса впервые признанных инвалидами в РФ за 2008–2017 гг.

На рисунке метки – исходные данные, а ломаные – сглаженные по скользящей средней линейно автоматически в пакете стандартных программ Excel.

Впервые признанные инвалидами ЛСТВ закономерно лидировали в структуре инвалидности «тяжелых групп». Так, в 2017 г. они составили 72,1 % инвалидов I группы, 53,1 % инвалидов II группы. Среди инвалидов III группы их было меньше половины – 47,6 % (таблица 21).

Таблица 21 – Показатели тяжести первичной инвалидности в РФ в 2017 г.

Группа инвалидности	ВПИ, всего		Из них ВПИ					
			ЛТВ				ЛСТВ	
			18–44 года		45–54 года (ж) 45–59 лет (м)		старше 55 (ж) и 60 (м)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	128833	100,0	11589	9,0	24327	18,9	92917	72,1
II	242670	100,0	51002	21,0	62767	25,9	128901	53,1
III	290212	100,0	61240	21,0	90827	31,4	138145	47,6

Впервые признанные инвалидами трудоспособного возраста в РФ составили 27,9 % среди инвалидов I группы, 46,9 % – среди инвалидов II группы, 52,4 % – среди инвалидов III группы.

Среди впервые признанных инвалидами в 2017 г. преобладали ЛСТВ, которые составили 54,3 %. Лица трудоспособного возраста – 47,4 %, соответственно, из которых треть была в возрасте 18–44 лет, а две трети – в возрасте от 45 до 54/59 лет (таблица 22).

Таблица 22 – Тяжесть первичной инвалидности у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в РФ в 2017 г.

Возраст	ВПИ							
	Всего		Первой группы		Второй группы		Третьей группы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Трудоспособный, в том числе	301752	100,0	35916	12,0	113769	37,7	152067	50,3
18 – 44 года	123831	100,0	11589	9,4	51002	41,2	61240	49,4
45 – 54 года (ж) и 45– 59 лет (м)	177921	100,0	24327	13,7	62767	35,3	90827	51,0
Старше трудоспособного – 55 лет (ж) и 60 лет и более (м)	359963	100,0	92917	25,8	128901	35,8	138145	38,4

В трудоспособном возрасте половину ВПИ составили инвалиды III группы (50,3 %), однако удельный вес инвалидов II группы тоже значителен – 37,7 %. В возрастной группе 55/60 лет существенно повышен удельный вес инвалидов I группы со значительно выраженными нарушениями здоровья – в 2,2 раза ( $p < 0,05$ ).

По нозологическим формам традиционно лидирующее позиции в структуре первичной инвалидности занимали болезни системы кровообращения (в среднем за исследуемый период составляя 38,2 %), уступив в 2016 г. лидерство злокачественным новообразованиям (21,9 %, соответственно) и болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,4 %, соответственно), таблица 23.



В динамике с 2008 по 2017 г. наблюдаются некоторые структурные изменения первичной инвалидности:

– снижение удельного веса болезней системы кровообращения в 1,5 раза – с 44,6 до 30,4 % ( $p < 0,05$ );

– увеличение удельного веса злокачественных новообразований в 1,8 раза – с 17,6 до 32,5 % ( $p < 0,05$ );

– снижение удельного веса болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в 1,4 раза;

– увеличение удельного веса болезней глаза в 1,4 раза – с 3,5 до 5,0 % ( $p < 0,05$ );

– увеличение удельного веса болезней уха в 2,3 раза – с 1,0 до 2,3 % ( $p < 0,05$ ).

Уровень первичной инвалидности снизился в 1,8 раза за исследуемый период – с 83,3 на 10 тыс. населения в 2008 г. до 45,0 в 2017 г., соответственно (таблица 24).

Уровень первичной инвалидности болезней системы кровообращения также снизился в 2,7 раза – с 37,1 до 13,7 на 10 тыс. населения ( $p < 0,05$ ), как и уровень первичной инвалидности вследствие костно-мышечных болезней, который уменьшился в 2,5 раза – с 7,0 до 2,8 ( $p < 0,05$ ), соответственно. Интенсивный показатель первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований повышался в период с 2008 по 2014 г. – с 14,7 до 16,6 на 10 тыс. населения.

Таблица 24 – Уровень впервые признанных инвалидами по отдельным нозологическим формам в РФ за 2008–2017 гг.

Уровень первичной инвалидности (на 10 тыс. населения)	Годы									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего ВПИ	83,3	80,3	76,6	72,2	69,1	64,8	62,7	47,5	45,4	45,0
Злокачественными новообразованиями	14,7	15,6	15,6	15,9	15,8	16,0	16,6	14,5	14,5	14,6
Психическими расстройствами и расстройствами поведения	2,9	3,1	3,2	3,0	2,9	2,7	2,7	2,2	2,2	2,2
Болезнями глаза и его придаточного аппарата	2,4	2,4	2,2	2,1	2,0	1,8	1,8	1,5	1,4	1,4
Болезнями уха и сосцевидного отростка	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	1,0
Болезнями системы кровообращения	37,1	33,2	30,0	27,0	25,1	22,7	20,9	15,1	14,1	13,7
Болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани	7,0	7,1	7,2	7,0	6,9	6,5	6,2	3,5	2,9	2,8
Последствиями травм, отравлений и других воздействий внешних причин	4,5	4,4	4,5	4,2	3,9	3,6	3,1	1,9	1,8	1,6
Последствиями производственных травм	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования деятельности медицинских организаций при направлении больных разных возрастов на медико-социальную экспертизу, так как каждый пятый человек трудоспособного возраста и каждый десятый гражданин старше трудоспособного возраста направляется в учреждение МСЭ, не имея оснований для установления инвалидности.

Выявлены следующие закономерности первичной инвалидности, которые следует учитывать при разработке комплексных программ по социальной защите и реабилитации, при планировании геронтологической помощи:

– несмотря на снижение показателей первичной инвалидности, инвалиды старше трудоспособного возраста составили более половины;

– динамика численности и уровня первичной инвалидности складывалась из периода возрастания (2003–2005 гг.) и периода снижения (с 2006–2017 гг.), на показатели инвалидности оказали влияние нормативно-правовые документы, принимаемые в разные годы;

– динамика численности и уровня первичной инвалидности лиц старше трудоспособного возраста имела резкий подъем во время реформ пенсионного законодательства, что еще раз подчеркивает влияние социально-правовых факторов на явление инвалидности;

– высокий удельный вес впервые признанных инвалидами II и I групп (до 56,2 %) отражал недостаточно эффективную работу медицинских организаций по профилактике тяжелой инвалидности; существенно выросла доля инвалидов I группы среди впервые признанных инвалидами (в 1,9 раза);

– среди инвалидов I группы большую часть (72,1 %) составили инвалиды старше трудоспособного возраста;

– у лиц старше трудоспособного возраста первичная инвалидность более тяжелая: четвертую ее часть составили инвалиды I группы; удельный вес инвалидов I группы в 2,2 раза выше по сравнению с инвалидами трудоспособного возраста;

– структуру первичной инвалидности определяли болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы, которые составили наибольший удельный вес; показатели первичной инвалидности вследствие болезней кровообращения и костно-мышечных болезней уменьшились; доля злокачественных новообразований увеличилась в 1,8 раза.

## **ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ**

Основные закономерности формирования контингента инвалидов с ограничением мобильности определены возрастом, местом проживания, нарушениями функций и категориями ограничений жизнедеятельности.

### **4.1 Результаты изучения функционирования инвалидов с ограничениями мобильности**

Изучены показатели функционирования у инвалидов, имеющих нарушения следующих функций:

- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (НСДФ), вызывающих необходимость использования при передвижении кресло-коляску;
- другие нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций;
- нарушение сенсорной функции – зрения и слуха;
- нарушение психических функций.

Также рассмотрены нарушения языковых и речевых функции из-за специфичности и сложности ограничений жизнедеятельности и барьеров, которые могут возникнуть у данной категории граждан при социальном взаимодействии с другими людьми при получении услуг в учреждениях социальной инфраструктуры.

Изучены показатели стойких нарушений функций организма ВПИ в РФ (таблица 25).

Таблица 25 – Стойкие нарушения функций организма у инвалидов в РФ

Стойкие расстройства функций организма		Впервые признанные инвалидами					
		Всего N=694977		В сельских поселениях N=169436		В городских поселениях N=525541	
Название	Код по МКФ	Абс.	На 100 человек	Абс.	На 100 человек	Абс.	На 100 человек
Нарушения НСДФ (статодинамических) функций, всего	b710–b799 s710–s799	185396	26,7	46076	27,2	139320	26,5
Использующие кресло-коляску		28884	4,2	8815	5,2	20069	3,8
Другие НСДФ		156512	22,5	37261	22,0	119251	22,7
Сенсорных	b210–b299	37342	5,4	10276	6,1	27066	5,1
В том числе, функции зрения	b210–b292	9841	1,4	3055	1,8	6786	1,3
В том числе, функции слуха	b230–b249	5871	0,8	1627	0,1	4244	0,8
Одновременное нарушение зрения и слуха	b210–b292 b230–b249	25	–	7	–	18	–
Психических	b110–b119	47256	6,8	12290	7,3	34966	6,7
Языковых и речевых	b310–b399	4114	0,6	925	0,6	3189	0,6

Как представлено в таблице, инвалиды с ограничением мобильности, нуждающиеся в социальной адаптации, формируются из ВПИ:

– с нарушениями НСДФ, которые составили 26,7 %, в том числе лиц, передвигающихся на креслах-колясках, 4,2 % и лиц с другими нарушениями НСДФ, которые требовали применения тростей, костылей, ортезов, ходунков – 22,5 %;

– с нарушениями психической функции – 6,8 %;

– с нарушениями сенсорной функции – 1,4 %;



– с языковыми и речевыми нарушениями – 0,6 %, соответственно.

При этом зафиксированы достоверные отличия в показателях ВПИ городского и сельского населения: ВПИ, передвигающихся на кресле-коляске в 1,4 раза больше в городах (5,2 против 3,8 %,  $p < 0,05$ ), чем в селах; ВПИ с нарушениями слуха в 8,0 раз больше в сельских поселениях, чем в городских (0,8 против 0,1 %,  $p < 0,05$ ).

Удельный вес стойких расстройств функций организма в структуре первичной инвалидности разного возраста представлен в таблице 26.

Таблица 26 – Стойкие расстройства функций инвалидов в возрастном аспекте в РФ

Стойкие расстройства функций организма	Всего ВПИ, человек	Показатель нарушений функций (на 100 человек, впервые признанных инвалидами)			
		ЛТВ			ЛСТВ N=369948
		Всего ЛТВ N=325029	18–44 года N=127370	45–54 года (ж) 45–59 года (м) N=197659	
Нарушения НСДФ (статодинамических) функций, всего	185396	27,0	27,9	26,5	26,4
Использующие кресло-коляску	28884	2,4	2,5	2,4	5,7
Другие НСДФ					
Сенсорных	37342	4,2	5,1	3,6	6,4
В том числе, функции зрения	9841	0,9	1,0	0,8	1,0
В том числе, функции слуха	5871	0,6	0,7	0,6	1,0
Психических	47256	8,4	14,3	4,7	5,3
Языковых и речевых	4114	0,6	0,4	0,7	0,6

Выявлена достоверно значимая зависимость от возраста вида функциональных нарушений первичной инвалидности:

– удельный вес ВПИ, использующих кресло-коляску, в 2,4 раза больше среди ЛСТВ, чем ЛТВ; так выявлено 20 959 человек старше трудоспособного возраста и 7 935 человек трудоспособного возраста, что в относительных

показателях среди ВПИ исследуемого возраста составило 5,7 против 2,4 %,  $p < 0,005$ , соответственно);

– ВПИ с сенсорными нарушениями в 1,5 раза больше среди ЛСТВ, чем среди ЛТВ (6,4 против 4,2 %,  $p < 0,005$ , соответственно); при этом достоверных различий в функции зрения не выявлено, а удельный вес ВПИ с нарушениями слуха среди ЛСТВ в 1,6 раза больше, чем среди ЛТВ (1,0 против 0,6 %,  $p < 0,005$ , соответственно).

Вместе с тем, у ЛТВ в 1,6 раза выше показатели удельного веса первичной инвалидности вследствие психических заболеваний: 8,3 против 5,3 %,  $p < 0,005$ , соответственно. При этом среди лиц в возрасте 18–44 года данный показатель в 2,7 раза выше, чем у лиц в возрасте старше 55 (ж) / 60 (м): 14,3 против 5,3 %,  $p < 0,005$ , соответственно.

Степень нарушений статодинамических функций зависит от возраста (таблица 27).

Таблица 27 – Нарушения статодинамических функций у инвалидов разного возраста в РФ

Возраст	Впервые признанные инвалидами с преимущественным нарушением статодинамической функции		
	Умеренной степени 40–60 % (N=95895)	Выраженной степени 70–80 % (N=53294)	Значительно выраженной степени 90–100 % (N=36207)
Трудоспособный возраст	57,6	44,5	24,4
18–44 года	23,1	18,3	9,8
45–54 года (ж); 45–59 лет (м)	34,1	26,2	14,5
Старше трудоспособного возраста	42,4	55,5	75,6
Всего	100,0	100,0	100,0

Умеренная степень нарушений статодинамических функций характерна в большей степени для ЛТВ, показатели ВПИ в 1,4 раза выше, чем у ЛСТВ: 57,6 против 24,4 %,  $p < 0,005$ , соответственно.

Выраженная и значительно выраженная степень нарушений статодинамических функций более характерны для ЛСТВ: выраженная в 1,3 раза (55,5 против 44,5 %,  $p < 0,005$ , соответственно), а значительно выраженная – в 3,1 раза (75,6 против 24,4 %,  $p < 0,005$ , соответственно).

У инвалидов ЛТВ удельный вес умеренных, выраженных и значительно выраженных нарушений составляет 3:1:0,5, у инвалидов ЛСТВ – 1,3:1:1, соответственно. Другими словами – первичная инвалидность ЛСТВ характеризуется большей тяжестью нарушений статодинамических функций.

Нарушения статодинамической функции у инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, в основном, значительно выраженные (73,2 %) и выраженные (26,8 %), что проиллюстрировано сведениями таблицы 28.

Таблица 28 – Нарушения статодинамической функции инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске

Возраст	Впервые признанные инвалидами с преимущественным нарушением статодинамической функции		
	Умеренной степени 40–60 % (N=54)	Выраженной степени 70–80 % (N=7758)	Значительно выраженной степени 90–100 % (N=21082)
Трудоспособный возраст	42,6	27,8	27,3
18–44 года	22,2	9,4	11,3
45–54 года (ж); 45–59 лет (м)	20,4	18,4	16,0
Старше трудоспособного возраста	57,4	72,2	72,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблицы, среди инвалидов-колясочников с выраженной степенью нарушений НСДФ доля ЛСТВ в 2,6 раза выше, чем доля ЛТВ: 72,2 против 27,8 %, соответственно; среди ВПИ со значительной степенью НСДФ – в 2,7 раза (72,7 и 27,3 %, соответственно).

Вместе с тем представляет интерес немногочисленная группа лиц с умеренными нарушениями статодинамических функций, которых всего в разных

возрастных группах от 0,1 до 0,3 %, что в абсолютных цифрах составило 54 ВПИ. Это инвалиды, которым по определенным показаниям даже при умеренных нарушениях функций были определены показания для кресла-коляски. Интересы этой группы инвалидов также должны быть учтены приказом Минтруда России, регламентирующим показания для обеспечения инвалидов креслами-колясками.

В Санкт-Петербурге было изучено 21 614 инвалидов с различными стойкими нарушениями функций.

В целом, нарушения НСДФ (статодинамических) функций среди всех нарушений у впервые признанных инвалидами заняло 3-е ранговое место, составив 24,2 % (5 241 человек). Лишь немногим больше зарегистрировано первичных инвалидов с нарушениям функций крови и иммунной системы – 29,1 % (6 357 человек) и сердечно-сосудистой системы 25,6 % (5 529 человек).

Изучены показатели функционирования у инвалидов Санкт-Петербурга по преимущественным видам стойких нарушений функций организма (таблица 29).

Среди ВПИ зарегистрировано 7,9 тыс. человек с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (домены b710–b799), из которых 33,6 % – с незначительными нарушениями, 35,9 % – с умеренными, остальные 30,4 % – с выраженными и значительно выраженными нарушениями, соответственно. Последняя группа в абсолютных цифрах составляет 2,4 тыс. человек.

Таблица 29 – Стойкие нарушения функций у инвалидов в Санкт-Петербурге

Стойкие расстройства функций организма		ВПИ с разной степенью нарушений функций				ВПИ всего
		Незначительная 10–30 %	Умеренная 40–60 %	Выраженная 70–80 %	Значительно выраженная 90–100 %	
Вид	Код по МКФ					
Нарушения НСДФ (статодинамических) функций, всего N=7895	b 710– b 799 s710– s799	33,6	35,9	21,7	8,7	100,0
		–	–	29,4	70,6	100,0
		36,5	39,0	21,1	3,5	100,0
Использующие кресло-коляску N=619						
Другие НСДФ N=7276						
Сенсорных N=1213	b 210– b 299	61,6	21,8	12,1	4,5	100,0
В том числе, функции зрения N=157	b210– b 292	–	–	70,1	29,9	100,0
Психических N=2052	b 110– b 119	21,7	22,6	36,1	19,6	100,0
Языковых и речевых N=1087	b 310– b 399	90,0	3,7	4,7	1,6	100,0

Первичные инвалиды, использующие кресло-коляску, составили всего 7,8 % от всех ВПИ с нарушениями НСДФ. При этом у них в 29,4 % выявлены выраженные нарушения НСДФ, в 70,6 % – значительно выраженные, соответственно. Остальные ВПИ с нарушениями НСДФ представлены следующим образом: 36,5 % – с незначительными нарушениями, 39,0 % – с умеренными, 21,1 % – с выраженными и 3,5 % – со значительно выраженными нарушениями данной функции.

С нарушениями сенсорной функции (зрение, слух и другие сенсорные системы) выявлено в Санкт-Петербурге 1,2 тыс. первичных инвалидов. Из них с

незначительными нарушениями функций – 61,6 %, с умеренными – 21,8 %, с выраженными – 12,1 %, со значительно выраженными нарушениями – 4,5 %.

Нарушения зрения (домены b210–b229) зарегистрированы у 157 человек: 70,1 % – выраженные, 29,9 % – значительно выраженные.

Нарушения психической функции (домены b110–b199) констатированы у 2 052 ВПИ. Незначительные нарушения – у 21,7 % ВПИ, умеренные – у 22,6 %, выраженные – у 36,1 %, значительно выраженные – у 19,6 %, соответственно.

Языковые и речевые нарушения выявлены у 1 087 человек: в 90,0 % случаев – незначительные нарушения, в 3,7 % – умеренные, в 4,7 % – выраженные, в 1,6 % – значительно выраженные нарушения данной функции.

Таким образом, контингент ВПИ весьма многообразен по своим специфическим расстройствам функций организма. Функциональные нарушения оказали определенное влияние на активность и участие инвалидов, а также на выраженность барьеров окружающей среды, что, несомненно, должно быть учтено при экспертной оценке потребностей инвалидов и МГН, а также при организации работы по доступности объектов и услуг для граждан с учетом многообразия их потребностей.

Всего с экспертно-значимой степенью нарушений статодинамической функции (от умеренной до значительно выраженной) выявлено 5 241 человек среди впервые признанных инвалидами. Нарушения данной функции организма зависело от возраста (таблица 30), что вполне закономерно и связано, в том числе, с возрастными изменениями опорно-двигательной, нервной систем и др.

Таблица 30 – Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций в возрастном аспекте

Возраст	Впервые признанные инвалидами с преимущественным нарушением статодинамической функции		
	Умеренной степени 40–60 % (N=2835)	Выраженной степени 70–80 % (N=1645)	Значительно выраженной степени 90–100 % (N=689)
Трудоспособный	55,2	37,3	30,6
18–44 года	19,3	12,5	13,8
45–54 года (ж); 45–59 лет (м)	35,9	24,8	16,8
Старше трудоспособного	44,8	62,7	69,4
Всего	100,0	100,0	100,0

Среди инвалидов со значительно выраженными нарушениями НСДФ доля ЛСТВ в 2,3 раза выше, чем доля ЛТВ: 64,4 против 30,6 %, соответственно; среди инвалидов с выраженной степенью НСДФ – в 1,7 раза: 62,7 против 37,3 %, соответственно. Среди инвалидов с умеренными нарушениями НСДФ наоборот выше доля ЛТВ, чем доля ЛСТВ в 1,2 раза (55,2 и 44,8 %, соответственно).

Степень тяжести НСДФ у инвалидов разных возрастных периодов представлена в таблице 31.

Таблица 31 – Тяжесть нарушений статодинамической функции в разном возрасте

Возраст ВПИ	Удельный вес ВПИ с преимущественным нарушением статодинамической функции			
	Умеренной степени 40–60 %	Выраженной степени 70–80 %	Значительно выраженной степени 90–100 %	Всего
Трудоспособный (N=2389)	65,5	25,7	8,8	100,0
18–44 лет (N =847)	64,6	24,2	11,2	100,0
45–54 лет(ж); 45–59 лет (м) (N =1542)	66,0	26,5	7,5	100,0
Старше трудоспособного (55 лет и старше (ж); 60 лет и старше (м) (N =2780)	45,7	37,1	17,2	100,0

В трудоспособном возрасте удельный вес лиц с умеренными нарушениями НСДФ составляет 65,5 %, что в 1,4 раза больше, чем у лиц ЛСТВ. В возрасте старше трудоспособного доля лиц с выраженной и значительно выраженной степенью нарушений НСДФ выше, чем у ЛТВ в 1,4 и 2,0 раза, соответственно.

У первичных инвалидов, использующих кресло-коляску, кроме нарушений статодинамической функции наблюдаются и другие нарушения, что важно с точки зрения оказания им реабилитационных и постреабилитационных услуг, создания условий их социальной интеграции (таблица 32).

Таблица 32 – Нарушения функций инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках

Расстройства функций организма	Удельный вес ВПИ с разной степенью расстройств				Всего ВПИ
	Незначительная 10–30 %	Умеренная 40–60 %	Выраженная 70–80 %	Значительно выраженная 90–100 %	
Психических (N =213)	8,5	31,5	31,9	28,1	100,0
Сенсорных (N =143)	55,9	16,1	20,3	7,7	100,0
Языковых и речевых (N =202)	18,3	26,2	43,0	12,4	100,0

Результаты исследования показали, что только у 9,5 % первичных инвалидов, использующих кресло-коляску, не наблюдается других нарушений функций, кроме НСДФ выраженной и значительно выраженной степени. У остальных 90,5 % ВПИ, использующих кресло-коляску, выявлена полиморбидность. В качестве второго ведущего синдрома у трети ВПИ-колясочников зарегистрированы нарушения психической и языковых и речевых функций разной степени выраженности – 34,4 и 32,6 %, соответственно. У 23,1 % выявлены сенсорные нарушения, у 0,3 % – нарушения, обусловленные физическим уродством (нарушения размеров тела и др.).

Таким образом, выявленные закономерности формирования первичной инвалидности с ограничением мобильности в РФ показали:



– инвалиды имеют специфичные особенности функционирования, что значимо для оказания им адресной медико-социальной помощи; так, лица с нарушениями нейромышечной, скелетной и связанной с движением (статодинамической) функции составили 26,7 %, в том числе инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске, – 4,2 %, лица с другими нарушениями статодинамической функции, которые требовали применения тростей, костылей, ортезов, ходунков – 22,5 %; с нарушениями психической функции – 6,8 %; с нарушениями сенсорной функции – 1,4 %; с языковыми и речевыми нарушениями – 0,6 %, соответственно;

– зафиксированы достоверные отличия в показателях впервые признанных инвалидами городского и сельского населения: инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске в 1,4 раза больше в городах (5,2 против 3,8 %,  $p < 0,005$ ), чем в селах; с нарушениями слуха в 8,0 раз больше в сельских поселениях, чем в городских (0,8 против 0,1 %,  $p < 0,005$ ).

– выявлена достоверно значимая зависимость от возраста вида функциональных нарушений: удельный вес впервые признанных инвалидами, использующих кресло-коляску, в 2,4 раза больше среди лиц старше трудоспособного возраста, чем среди лиц трудоспособного возраста (5,7 против 2,4 %,  $p < 0,005$ , соответственно); первичных инвалидов с сенсорными нарушениями в 1,5 раза больше среди лиц старше трудоспособного возраста, чем среди лиц трудоспособного возраста (6,4 против 4,2 %,  $p < 0,005$ , соответственно); при этом достоверных различий в функции зрения не выявлено, а удельный вес впервые признанных инвалидами с нарушениями слуха среди лиц старше трудоспособного возраста в 1,6 раза больше, чем среди лиц трудоспособного возраста (1,0 против 0,6 %,  $p < 0,005$ , соответственно). Вместе с тем у лиц трудоспособного возраста в 1,6 раза выше показатели удельного веса первичной инвалидности вследствие психических заболеваний: 8,3 против 5,3 %,  $p < 0,005$ , соответственно. При этом среди лиц в возрасте 18–44 года данный показатель в

2,7 раза выше, чем у лиц в возрасте старше 55 (ж) / 60 (м): 14,3 против 5,3 %,  $p < 0,005$ , соответственно.

– первичная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста характеризуется большей тяжестью нарушений статодинамических функций: выраженная в 1,3 раза выше чем у инвалидов трудоспособного возраста (55,5 против 44,5 %,  $p < 0,005$ , соответственно), а значительно выраженная – в 3,1 раза (75,6 против 24,4 %,  $p < 0,005$ , соответственно);

– среди инвалидов-колясочников, доля лиц старше трудоспособного возраста с выраженной и значительно выраженной степенью нарушений статодинамических функций в 2,6–2,7 раза выше, чем доля лиц трудоспособного возраста.

В Санкт-Петербурге показатели функционирования инвалидов с ограничением мобильности характеризовались следующими особенностями:

– ежегодно регистрируется около 8 тыс. первичных инвалидов с преимущественными нарушениями статодинамических функций, из них треть (30,4 %) – с выраженными и значительно выраженными нарушениями, соответственно; среди первичных инвалидов с нарушениями статодинамической функции 7,8 % впервые признано инвалидами, которым рекомендовано использование кресла-коляски.

– с нарушениями сенсорной функции (зрение, слух и другие сенсорные системы) в Санкт-Петербурге ежегодно выявлялось 1,2 тыс. первичных инвалидов, из них с выраженными нарушениями – 12,1 %, со значительно выраженными – 4,5 %.

– нарушения психической функции констатированы у 2 052 впервые признанных инвалидами: выраженные – у 36,1 %, значительно выраженные – у 19,6 %, соответственно.

– языковые и речевые нарушения выявлены у 1 087 человек: в 90,0 % случаев – незначительные нарушения, в 3,7 % – умеренные, в 4,7 % – выраженные, в 1,6 % – значительно выраженные нарушения данной функции.

Результаты исследования показали, что у 90,5 % впервые признанных инвалидами, использующих кресло-коляску, выявлена полиморбидность; в качестве второго ведущего синдрома у трети колясочников зарегистрированы нарушения психической и языковых и речевых функций разной степени выраженности – 34,4 % и 32,6 %, соответственно; у 23,1 % – выявлены сенсорные нарушения, у 0,3 % – нарушения, обусловленные физическим уродством (нарушения размеров тела и др.). У инвалидов, использующих кресло-коляску, кроме нарушений статодинамической функции, наблюдались и другие нарушения, что важно учитывать при оказании им реабилитационных и постреабилитационных услуг, создании условий их социальной интеграции.

Приведенные сведения показали, что система комплексной реабилитации и абилитации должна учитывать специфические особенности функционирования всех инвалидов, в т.ч. с ограничением мобильности.

#### **4.2 Жизнедеятельность инвалидов с ограничением мобильности**

Ограничение жизнедеятельности в практике российской медико-социальной помощи – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Ведущие ОЖД были изучены у инвалидов Санкт-Петербурга и представлены в таблице 33.

Таблица 33 – Ограничения жизнедеятельности (ограничения активности и участия) у впервые признанных инвалидами г. Санкт-Петербурга

Категории ОЖД	ВПИ с разной степенью ОЖД (на 100 первичных инвалидов)			
	первая	вторая	третья	Всех степеней
Способность контролировать свое поведение	1,9	3,8	1,8	7,5
Способность к обучению	1,5	2,4	0,1	4,0
Способность к общению	4,7	4,6	1,3	10,6
Способность к ориентации	2,8	2,0	1,5	6,3
Способность к передвижению	42,1	21,6	4,9	68,6
Способность к самообслуживанию	51,9	22,3	7,2	81,4
Способность к трудовой деятельности	44,6	40,6	14,8	100,0

Наиболее распространенный вид ограничения жизнедеятельности у ВПИ – ограничение способности к трудовой деятельности, которое выявлено у всех первичных инвалидов, на втором месте – ограничение самообслуживания – 81,4, на третьем – ограничение передвижения – 68,6 среди 100 инвалидов, соответственно.

Способность к трудовой деятельности 1-й степени с благоприятным трудовым прогнозом для обычных условий труда установлена у 44,6 из 100 ВПИ, 2-й степени (труд в специально созданных условиях) – у 40,6, а неспособность и (или) противопоказанность трудовой деятельности – у 14,8, соответственно.

Способность к самообслуживанию 1-й степени зарегистрирована у 51,9 из 100 ВПИ, 2-й степени, требующей использования вспомогательных технических средств и (или) других лиц, – у 22,3, неспособность к самообслуживанию или 3-й степени – у 7,2, соответственно.

Способность к передвижению 1-й степени определена у 42,1 из 100 ВПИ, 2-й степени, требующей использования вспомогательных технических средств и (или) других лиц, – у 21,6 из 100 ВПИ, неспособность к передвижению или 3-й степени – у 4,9 из 100 ВПИ.

Выявлены некоторые различия при определении категорий ОЖД у инвалидов разного возраста (таблица 34).

Таблица 34 – Жизнедеятельность инвалидов (ограничения активности и участия) в возрастном аспекте

Категории ОЖД	ВПИ разного возраста		Всего ВПИ
	ЛТВ	ЛСТВ	
Способность контролировать свое поведение	9,2	5,8	7,5
Способность к обучению	8,6	0	4,0
Способность к общению	12,0	9,1	10,6
Способность к ориентации	5,6	6,9	6,3
Способность к передвижению	65,0	71,9	68,6
Способность к самообслуживанию	79,5	83,3	81,4
Способность к трудовой деятельности	100,0	100,0	100,0

Достоверные различия в структуре категорий ОЖД у ЛТВ и ЛСТВ выявлены по категории «ограничение в обучении», которая совсем не определялась у ЛСТВ, и «контроль за своим поведением», которая у ЛСТВ определялась в 1,6 раза реже.

Также выявлены различия в степени ограничений жизнедеятельности у инвалидов разных возрастов (таблица 35).

Таблица 35 – Тяжесть ограничений жизнедеятельности (ограничения активности и участия) в трудоспособном возрасте

Категории ОЖД	Показатель ВПИ с разной степенью ОЖД среди 100 человек					
	первая		Вторая		третья	
	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ	ЛТВ	ЛСТВ
Способность контролировать свое поведение	3,2	0,8	5,7	2,0	0,3	3,0
Способность к обучению	3,3	0	5,0	0	0,3	0
Способность к общению	6,4	3,1	5,1	4,1	0,5	1,9
Способность к ориентации	3,9	1,7	1,3	2,7	0,4	2,5
Способность к передвижению	43,3	41,1	18,6	24,2	3,0	6,6
Способность к самообслуживанию	55,6	48,6	19,5	24,8	4,4	9,8
Способность к трудовой деятельности	48,4	41,3	41,0	40,4	10,6	18,3

Достоверные различия в тяжести ОЖД у ВПИ в зависимости от возраста выявлены практически во всех категориях в 3-й, самой тяжелой степени, показатели у ЛСТВ выше, чем у ЛТВ:

- «способность контролировать свое поведение» в 10 раз;
- «способность к общению» в 3,8 раза;
- «способность к ориентации» в 6,3 раза;
- «способность к передвижению» в 2,2 раза;
- «способность к самообслуживанию» в 2,2 раза;
- «способность к трудовой деятельности» в 1,7 раза.

У впервые признанных инвалидами, передвигающихся на кресле-коляске, есть свои особенности жизнедеятельности (таблица 36).

Таблица 36 – Ограничения жизнедеятельности (ограничения активности и участия) и лиц, передвигающихся на креслах-колясках

Категории ОЖД	ВПИ с разной степенью ОЖД на 100 человек			
	первая	Вторая	третья	Всего ВПИ
Способность контролировать свое поведение	2,0	3,2	5,5	10,7
Способность к обучению	0,2	0,6	4,2	5,0
Способность к общению	4,9	10,2	7,3	22,4
Способность к ориентации	2,0	4,7	4,4	11,1
Способность к передвижению	0	43,4	56,6	100,0
Способность к самообслуживанию	3,0	35,5	56,0	94,5
Способность к трудовой деятельности	0	25,9	66,8	92,7
Всего	3,2	32,2	64,6	100,0

Как представлено в таблице 36, выявлены следующие ограничения жизнедеятельности у ВПИ, передвигающихся на кресле-коляске:

– практически у всех инвалидов – ограничение способности к самостоятельному передвижению (100,0 %) и способности к трудовой деятельности (92,7 %), а также способности к самообслуживанию (94,5 %);

– у каждого пятого первично инвалида-колясочника – ограничение способности к общению – 22,5 %, по всей видимости, обусловленное

сопутствующей патологией сенсорных систем или нарушениями психической функции;

– у каждого десятого – ограничение способности к ориентации (11,1 %) и способности контролировать свое поведение (10,7 %);

– у 5 из 100 первичных взрослых инвалидов – ограничение способности к обучению.

Степень ограничения жизнедеятельности у ВПИ инвалидов-колясочников разная: у 64,6 из 100 человек – третья степень, у 32,2 – вторая, у 3,2 – первая, соответственно. Третья степень ОЖД характеризуется неспособностью осуществлять элементы жизнедеятельности или осуществлять только отдельные элементы, как правило, при значительной помощи других лиц. Вторая степень ОЖД – способность осуществлять активность и участие при помощи других лиц или технических средств реабилитации.

Рассчитаны интенсивные показатели, характеризующие степень тяжести категорий ОЖД у ВПИ, передвигающихся на креслах-колясках. Так, способность к трудовой деятельности третьей степени выявлена у 66,8 на 100 человек; второй степени – 25,9, соответственно. Последний показатель иллюстрирует способность инвалидов-колясочников трудиться в специально созданных для них условиях.

Способность к самостоятельному передвижению: 56,6 на 100 человек – третьей степени, 43,4 – второй степени, соответственно. Способность к самообслуживанию: 56,0 – третьей степени, 35,5 – второй степени, 3,0 – первой степени, соответственно.

Таким образом, результаты подробного изучения ограничений жизнедеятельности инвалидов Санкт-Петербурга показали, что наиболее распространенные категории ограничений жизнедеятельности у впервые признанных инвалидами – ограничение способности к трудовой деятельности, которое выявлено у всех первичных инвалидов, ограничение самообслуживания – 81,4 %, ограничение передвижения – 68,6 %. Данные показатели указывают на значимость развития профессиональной и социальной реабилитации,

направленной на компенсацию и устранение имеющихся ограничений. Высокие показатели ограничения способности к самостоятельному передвижению придают особую значимость совершенствованию мероприятий по социальной интеграции инвалидов путем создания доступной среды.

Достоверные различия в структуре категорий ограничений жизнедеятельности у лиц старше трудоспособного возраста и лиц трудоспособного возраста выявлены по категории «ограничение в обучении», которая у первых совсем не определялась, и «контроль за своим поведением», которая у лиц старше трудоспособного возраста определялась в 1,6 раза реже.

Зафиксировано влияние возраста на тяжесть ограничений жизнедеятельности инвалидов. Достоверные различия выявлены практически во всех категориях в 3-й, самой тяжелой степени, показатели тяжести ограничений у лиц старше трудоспособного возраста выше, чем у лиц трудоспособного возраста: «способность контролировать свое поведение» – в 10 раз; «способность к общению» – в 3,8 раза; «способность к ориентации» – в 6,3 раза; «способность к передвижению» – в 2,2 раза; «способность к самообслуживанию» – в 2,2 раза; «способность к трудовой деятельности» – в 1,7 раза.

У впервые признанных инвалидами, передвигающихся на кресле-коляске, есть свои особенности жизнедеятельности: практически у всех инвалидов выявлено ограничение способности к самостоятельному передвижению (100,0 %) и способности к трудовой деятельности (92,7 %), а также способности к самообслуживанию (94,5 %); у каждого пятого первично инвалида-колясочника – ограничение способности к общению (22,5 %), по всей видимости, обусловленное сопутствующей патологией сенсорных систем или нарушениями психической функции; у каждого десятого – ограничение способности к ориентации (11,1 %) и способности контролировать свое поведение (10,7 %); у 5 из 100 первичных взрослых инвалидов – ограничение способности к обучению.

В соответствии с тяжестью ограничений жизнедеятельности первичных инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, определены формы



организации медико-социальной помощи. Так, ограничение способности к трудовой деятельности второй степени, выявленное у четверти инвалидов (25,9 %), вызывает необходимость организации специальных рабочих мест; ограничение способности к самостоятельному передвижению (56,6 % третьей степени, 43,4 % второй степени) и ограничение способности к самообслуживанию (56,0 % третьей степени, 35,5 % второй степени) вызывает необходимость организации помощи других лиц и предоставление соответствующих технических средств реабилитации, в т. ч. для оснащения жилого помещения и объектов социальной инфраструктуры.

#### 4.3. Потребность инвалидов в комплексной реабилитации

Ежегодно взрослым инвалидам в Российской Федерации разрабатывается более 2 млн индивидуальных программ реабилитации (ИПР) или с 2016 г. – индивидуальных программ реабилитации и абилитации (ИПРА), причем 30,3±0,05% – впервые (таблица 37).

Таблица 37 – Показатели разработанных и выданных программ реабилитации учреждениями МСЭ РФ за 2013–2017 гг.

Показатель		Годы					М хрон. 2013–2017
		2013	2014	2015	2016	2017	
Разработано ИПР/ИПРА	абс.	2550316	2397671	2281375	2174624	2134087	2307614,6
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	–
в т. ч. первично	абс.	751189	724206	694362	660469	661339	698313,0
	%	29,5	30,2	30,4	30,4	31,0	–
Выдано ИПР/ИПРА	абс.	2535899	2383609	2279206	2172215	2129678	23000121,4
	%	99,4	99,4	99,9	99,9	99,8	–
в т. ч. первично	абс.	747876	720479	693715	659782	659917	636353,8

М хрон. 2013–2017 всех разработанных ИПР/ИПРА по РФ составила 2 307 614,6 человек, для первичных инвалидов – 698 313,0, соответственно.

Практически все ИПР/ИПРА выдаются на руки инвалидам, за исключением единичных случаев отказа от них гражданина. При отказе инвалида подписать сформированную ИПРА она приобщается к экспертной документации медико-социальной экспертизы.

Для инвалидов III группы разработано в среднем в год за исследуемый период 1 083 954,7 ИПР/ИПРА, из них 303 991,3 – для впервые признанных инвалидами (таблица 38).

Таблица 38 – Показатели разработанных программ реабилитации инвалидам разной тяжести в Российской Федерации за 2013–2017 гг.

Показатель разработанных ИПРА	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек
Всего, для инвалидов	2550	100,0	2398	100,0	2281	100,0	2175	100,0	2134	100,0
I группы	343	13,5	332	13,9	328	14,4	324	14,9	334	15,7
II группы	1004	39,4	932	38,9	863	37,8	821	37,8	810	30,0
III группы	1198	47,0	1133	47,2	1090	47,8	1029	47,3	990	46,4
Для ВПИ	751	100,0	724	100,0	694	100,0	660	100,0	661	100,0
I группы	124	16,5	120	16,6	125	18,0	126	19,0	129	19,5
II группы	301	40,1	289	39,9	262	37,7	245	37,2	242	36,6
III группы	325	43,3	315	43,5	307	44,3	289	43,8	290	43,9

ИПР/ИПРА для инвалидов III группы с умеренными нарушениями функций организма составили практически половину, т. е. 47,8–46,4 %, немногим меньше 43,3–44,3 % – для впервые признанных инвалидами III группы, соответственно.

Для инвалидов II и I группы с выраженными и значительно выраженными нарушениями функций разработано 52,2–53,6 % программ.

Для тяжелых инвалидов (II и I группы), направленных в учреждение МСЭ первично, разработано 56,7–55,7 % программ. Данный показатель, возможно, отражает недостаточную эффективность деятельности медицинских организаций по профилактике инвалидности: граждане впервые направляются в бюро МСЭ с выраженными и значительными нарушениями, что вызывает необходимость

проведения более дорогостоящих и продолжительных комплексов мероприятий по реабилитации и абилитации.

Изучен возрастной состав инвалидов, которым разработана ИПР: лица трудоспособного возраста составили 55,9 %, лица старше трудоспособного возраста – 44,1 %, соответственно (таблица 39).

Таблица 39 – Показатели разработанных программ реабилитации и абилитации в возрастном аспекте

Число разработанных ИПРА	Инвалиды ЛТВ			Инвалиды ЛСТВ		
	всего	город	Село	всего	город	село
Всего N=1240225	100,0	69,8	30,2	100,0	77,9	22,1
Первично N=345741	100,0	71,7	28,3	100,0	77,8	22,2
Повторно N=894484	100,0	69,2	30,8	100,0	78,0	22,0

Удельный вес инвалидов с ИПРА в сельских поселениях достаточно высок (22,1–30,2 %), что необходимо учитывать при разработке комплекса мероприятий и организации их исполнения в учреждениях реабилитационной инфраструктуры.

Нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации и абилитации инвалидов в 2013–2017 гг. по Российской Федерации представлена в таблице 40.

Таблица 40 – Рекомендации по медицинской реабилитации и абилитации инвалидам в ИПР/ИПРА за 2013–2017 гг. по Российской Федерации

Показатель	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	Абс., тыс.	на 100 человек
Разработано ИПР/ИПРА	2550	–	240	–	228 2	–	2175	–	2134	–
Нуждаемость в восстановительной терапии	2449	96,0	229 3	95,6	226 2	99,1	2155	99,1	2121	99,4
В реконструктивной хирургии	96	3,8	89	3,7	62	2,7	50	2,3	40	1,9
В СКЛ	491	19,3	467	19,7	357	15,7	294	13,5	260	12,2

Потребность инвалидов в мерах медицинской реабилитации довольно высока и в среднем за три года составила 97,9 %. Нуждаемость в санаторно-курортном лечении инвалидов снизилась с 19,7 % в 2014 г. до 12,2 % в 2017 г., что может

быть объяснено особенностью учета данного мероприятия в ЕАВИИАС МСЭ, а также введением новых показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

Нуждаемость в реконструктивной хирургии снизилась с 3,8 % в 2013 г. до 1,9 % в 2017 г. Возможно, снижение данного показателя иллюстрирует изменения системы финансирования мероприятий по реконструктивной хирургии: часть медицинских услуг из высокотехнологичной помощи и финансовых гарантий Федерального бюджета перешла в разряд специализированной медицинской помощи и передана для финансирования в Фонд обязательного медицинского страхования. Влияют и особенности организации разработки этого раздела ИПРА, сформированного в учреждении МСЭ только на основании заключения врачебной комиссии медицинской организации, которая не всегда представляет необходимые для определения нуждаемости документы.

Нуждаемость инвалидов РФ в мероприятиях профессиональной реабилитации за 5 лет представлена в таблице 41.

Показатели потребности в профессиональной ориентации инвалидов (включая профобучение, переобучение, повышение квалификации) возросли в 1,7 раза с 9,0 % в 2014 г. до 15,2 % в 2017 г.

Содействие в трудоустройстве требовалось практически половине инвалидов, которым разработана ИПР/ИПРА – в среднем за пять лет 43,7 %. При этом потребность в данном мероприятии снизилась в 1,5 раза – с 53,4 % в 2013 г. до 34,5 % в 2017 г.

Таблица 41 – Рекомендации профессиональной реабилитации и абилитации  
ИПР/ИПРА инвалидам Российской Федерации за 2013–2017 гг.

Показатель	Годы									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек
Разработано ИПР/ИПРА инвалида	2550	100,0	2398	100,0	2282	100,0	2175	100,0	2134	100,0
Из них с рекомендациями:										
профессиональной ориентации (включая профобучение, переобучение, повышение квалификации)	230	9,0	300	12,5	386	16,9	354	16,3	325	15,2
содействия в трудоустройстве	1361	53,4	1131	47,2	1062	46,5	806	37,1	737	34,5
трудоустройства в обычных условиях труда	775	30,4	630	26,3	587	25,7	432	19,9	419	19,6
трудоустройства в специально созданных условиях и на дому	567	22,2	473	19,7	249	10,9	298	13,7	294	13,8
трудоустройства на специальном рабочем месте, с учетом нарушенных функций и ОЖД	н/д		н/д	–	193	8,5	13	0,6	10	0,5

В обычных условиях труда нуждались в трудоустройстве 24,4 % среди всех инвалидов, которым была разработана ИПР/ИПРА, потребность в данном мероприятии снизилась в 1,5 раза с 30,4 % в 2013 г. до 19,6 % в 2017 г.

Труд в специально созданных условиях и на дому был рекомендован 16,1 % среди всех инвалидов, потребность уменьшилась в 1,6 раза, соответственно.

Уменьшение в динамике данных показателей нуждаемости инвалидов в профессиональной реабилитации связано, прежде всего, с их снижением у лиц, впервые признанных инвалидами (таблица 42).

Таблица 42 – Рекомендации профессиональной реабилитации и абилитации ИПР/ИПРА у лиц, впервые признанных инвалидами в РФ за 2013–2017 гг.

Показатель	Годы									
	2013		2014		2015		2016		2017	
	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек
Разработано для ВПИ ИПР/ИПРА инвалида	751	100,0	724	100,0	694	100,0	660	100,0	661	100,0
Из них с рекомендациями:										
профессиональной ориентации	60	8,0	76	10,5	96	13,9	93	14,1	88	13,3
содействия в трудоустройстве	380	50,1	315	43,5	292	42,0	217	32,9	201	30,4
трудоустройства в обычных условиях труда	208	27,7	169	23,3	156	22,5	115	17,4	115	17,4
трудоустройства в специально созданных условиях и на дому	168	22,4	138	19,1	72	10,4	82	12,5	80	12,1
трудоустройства на специальном рабочем месте, оснащенном с учетом нарушенных функций и ОЖД	н/д	–	н/д	–	55	7,9	2	0,4	2	0,3

У впервые признанных инвалидами показатели содействия в трудоустройстве снизились в 1,6 раза: трудоустройства в обычных условиях труда – в 1,6 раза, в специально созданных условиях и на дому – в 2,0 раза, соответственно.

Потребность инвалидов в технических средствах реабилитации уменьшилась за исследуемый период с 40,6 % в 2013 г. до 35,2 % в 2016 г. (таблица 43 и таблица 44).

Таблица 43 – Потребность инвалидов с ограничением мобильности в отдельных технических средствах реабилитации в РФ в 2013– 2014 гг.

Показатель	2013		2014	
	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек
Разработано ИПР	2550		2398	100,0
Из них с рекомендациями ТСР, всего	1035	40,6	926	38,6
Тростей, костылей, опор, поручней	535	21,0	471	19,6
Кресла-коляски с ручным приводом	151	5,9	144	6,0
Кресла-коляски с электроприводом	3,4	0,1	2,7	0,1
Малогабаритные кресла-коляски	3,6	0,14	0,6	0,02
Протезов, в том числе эндопротезов и ортезов	339	13,3	282	11,8
Ортопедической обуви	91	3,6	72	3,0
Специальной одежды	25	1,0	5	0,2
Собак-проводников с комплектом снаряжения	0,2	0,07	0,2	0,01

В 2013– 2014 гг. зафиксирована потребность маломобильных инвалидов в обеспечении техническими средствами для передвижения (трости, костыли, опоры и др.) – 21,0–19,6 %, протезами и ортезами – 13,3–11,8 %, креслами-колясками с ручным приводом – 5,9–6,0 %.

Данные анализа показателей нуждаемости маломобильных инвалидов в технических средствах реабилитации по РФ за 2015–2017 гг. представлены в таблице 44. Государственная статистика существенно расширила перечень учетных показателей ТСР.

Рекомендации по ТСР в 2017 г. были следующие:

- в тростях, костылях, опорах, поручнях нуждались 18,1 % инвалидов;
- в протезах и ортезах, включая ортопедическую обувь – 6,9 % инвалидов;
- в креслах-колясках – 9,1 % инвалидов, соответственно.

Таблица 44 – Потребность инвалидов с ограничением мобильности в технических средствах реабилитации в РФ за 2015–2017 гг.

Показатель	Годы					
	2015		2016		2017	
	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек	абс., тыс.	на 100 человек
Разработано ИПР/ИПРА инвалида	2282	100,0	2175	100,0	2134	100,0
Всего с рекомендациями в технических средствах реабилитации	805	35,3	767	35,2	784	36,7
из них: Трости опорные	262	11,5	234	10,8	238	11,2
Трости тактильные	18	0,8	23	1,1	26	1,2
Костыли	62	2,7	57	2,6	57	2,6
Опоры	3,8	0,2	4	0,2	4	0,2
Ходунки	41	1,8	39	1,7	41	1,9
Поручни	28	1,2	25	1,1	22	1,3
Кресла-коляски с ручным приводом комнатные	94	4,1	98	4,5	116	5,4
Кресла-коляски с ручным приводом прогулочные	69	3,0	70	3,2	73	3,4
Кресла-коляски с ручным приводом малогабаритные	0,2	0,008	0,2	0,009	0,2	0,009
Кресла-коляски с ручным приводом активного типа	1,4	0,06	1,7	0,08	1,9	0,08
Кресла-коляски с электроприводом	2,4	0,1	2	0,09	2,1	0,1
Протезы нижних конечностей	25	1,1	25	1,1	25	1,2
Бандажи	55	2,4	38	1,7	33	1,5
Аппараты нижних конечностей	5	0,2	5	0,2	4,9	0,2
Туторы нижних конечностей	6	0,3	6	0,3	6	0,3
Обувь ортопедическая сложная	56	2,4	52	2,4	55	2,6
Обувь на протезы и ортопедические аппараты нижних конечностей	17	0,7	21	1,0	25	1,2
Собаки-проводники с комплектом снаряжения	0,2	0,008	0,2	0,009	0,2	0,009

Рекомендации в ИПР/ИПРА о приобретении транспортного средства для инвалидов с ограничением мобильности РФ за 2014–2017 гг. приведены в таблице 45.



Таблица 45 – Рекомендации о медицинских показаниях для транспортного средства в ИПР/ИПРА РФ за 2014–2017 гг.

Показатель	Годы							
	2014		2015		2016		2017	
	абс.	на 100 человек	абс.	на 100 человек	абс.,	на 100 человек	абс.,	на 100 человек
Разработано ИПР/ИПРА	2397671	–	2282101	–	2174624	–	2134087	–
Рекомендовано транспортное средство	1495	0,06	3538	0,16	6923	0,32	11167	0,52
Инвалидам I группы	323	0,013	1041	0,046	2084	0,095	3537	0,16
Инвалидам II группы	737	0,030	1442	0,063	2621	0,12	4466	0,20
Инвалидам III группы	435	0,018	1055	0,046	2218	0,10	3164	0,15
Впервые признанным инвалидами	381	0,015	985	0,043	2217	0,10	2994	0,14

Число рекомендаций о транспортном средстве в ИПР/ИПРА увеличилось с 1 495 до 11 167, интенсивный показатель данных рекомендаций в ИПР/ИПРА возрос в 8,6 раза – с 0,06 на 100 человек до 0,52 на 100 человек (или с 0,6 на 1000 инвалидов до 5,2, соответственно).

Таким образом, потребность инвалидов в мерах медико-социальной реабилитации ежегодно составляет более 2 млн человек – именно столько ИПР (ИПРА) разрабатывается учреждениями медико-социальной экспертизы, причем 30,3 % впервые.

При развитии реабилитационной инфраструктуры необходимо учитывать:

- потребности инвалидов разного возраста: 44,1 % среди всех программ реабилитации разработано для лиц старше трудоспособного возраста;
- особенности городских и сельских поселений: удельный вес программ реабилитации для жителей сельских поселений достаточно высок (22,1–30,2 %);
- нуждаемость инвалидов в различных мероприятиях по реабилитации и абилитации, например, в восстановительной терапии составила 97,9 %; нуждаемость в трудоустройстве – от 53,4 до 34,5 %, в технических средствах реабилитации – 35,2–40,6 %.

– нуждаемость инвалидов с ограничениями мобильности в технических средствах (тростях, опорах, ходунках, креслах-колясках и др.).

Несмотря на увеличение числа лиц пенсионного возраста в Российской Федерации за исследованный период, происходящие изменения в организации системы здравоохранения и социальной защиты граждан привели к некоторому снижению инвалидности. Появление высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование мероприятий медицинской реабилитации постепенно меняют структуру инвалидности. Однако возросла доля тяжелых инвалидов, впервые проходящих освидетельствование в бюро МСЭ, что может свидетельствовать о недостаточном внимании, оказываемом здравоохранением к пациентам на первоначальных этапах инвалидизирующего заболевания, позднем выявлении граждан, нуждающихся в мерах социальной поддержки. Несвоевременная государственная помощь приводит к утяжелению состояния граждан и увеличению потребности в реабилитационных мероприятиях и соответственно их финансирования.

Результаты изучения потребностей взрослых инвалидов показали, что учреждения медико-социальной экспертизы Российской Федерации выполняют важную государственную задачу – не только установление инвалидности, но и определение потребности инвалидов в медицинской и иных видов реабилитации. Оценка потребностей инвалидов в мерах реабилитации носит многоэтапный и межведомственный характер, в котором индивидуальная программа реабилитации и абилитации имеет ключевое значение как учетный документ. При развитии реабилитационной инфраструктуры необходимо учитывать потребности инвалидов и основные принципы организации реабилитации/абилитации: доступность услуг (территориальную и финансовую), междисциплинарный характер реабилитации, разнообразие программ и услуг, ориентированность услуг на потребности инвалидов, охватывающих все сферы и стороны жизни, доказательность используемых методов. Представленные основные макропоказатели по потребностям инвалидов являются основанием для принятия

управленческих решений и проведения более детального анализа для развития реабилитационной инфраструктуры, направленной на удовлетворение потребностей граждан. Необходим пересмотр сложившихся в России правовых механизмов реализации «реабилитационных услуг», межведомственного взаимодействия в системе комплексной реабилитации инвалидов.

## **ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ (ИНДИКАТОРЫ) БАРЬЕРНОСТИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНЕМ МОБИЛЬНОСТИ**

### **5.1 Результаты изучения жилой среды инвалидов с ограничением мобильности и государственных мер по их адаптации**

Для организации работ по содействию инвалидам с ограничением мобильности в устранении барьеров ближайшего окружения изучены условия их жизни: состояние их жилья, недостатки жилья и деятельность исполнительных органов государственной власти в отношении решения задач по адаптации жилья.

Анализировались официальные данные Росстата, проводившего Комплексное наблюдение условий жизни населения по Российской Федерации, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

Жилищные условия домохозяйств, имеющих в своем составе инвалидов (далее – инвалидов) проиллюстрированы в таблице 46.

Анализ результатов Комплексного наблюдения условий жизни населения Росстата показал, что жилищные условия инвалидов даже лучше, чем у всех остальных граждан, за исключением семей, имеющих детей-инвалидов в возрасте до 15 лет. Лишь 48,4 % домохозяйств, имеющих детей-инвалидов в возрасте до 15 лет, не испытывают стесненности, против 76,5 % среди всех домохозяйств, соответственно.

Таблица 46 – Жилищные условия домохозяйств инвалидов

Типы жилых помещений	Показатель			
	Удельный вес домохозяйств, состоящих			Все домохозяйства (для сравнения)
	из инвалидов	из инвалидов и других лиц, включая		
		инвалидов всех возрастов	детей-инвалидов до 15 лет	
Все типы жилых помещений – всего	100	100	100	100
не испытывают стесненности	94,6	80,7	48,4	76,5
определенная стесненность	4,1	13,1	33,2	16,7
большая стесненность	1,3	6,2	18,4	6,8
Многоквартирные дома – всего	100	100	100	100
не испытывают стесненности	95,4	79,5	38,3	74,8
определенная стесненность	3,4	13,6	41,0	17,9
большая стесненность	1,2	6,8	20,7	7,3
Индивидуальные дома (или их части) – всего	100	100	100	100
не испытывают стесненности	95,5	84,6	62,7	83,8
определенная стесненность	3,7	11,2	23,1	12,2
большая стесненность	0,8	4,3	14,2	4,0

Стесненность разной степени выраженности зафиксирована у 5,4 % домохозяйств инвалидов и 51,6 % домохозяйств с детьми-инвалидами.

При этом условия проживания играют роль у семей с детьми-инвалидами. Так, среди домохозяйств, проживающих в индивидуальных домах, удельный вес испытывающих стесненность в 2 раза меньше, чем у проживающих в многоквартирных домах. Значимых различий в семьях, состоящих только из инвалидов, в условиях проживания не выявлено.

Результаты изучения адаптации многоквартирных домов приспособлениями, облегчающими жизнь МГН с ограничением самостоятельного передвижения, приведены в таблице 47.

Таблица 47 – Адаптация многоквартирных домов приспособлениями для инвалидов с ограничением мобильности

Виды приспособлений	Показатель			
	Удельный вес домохозяйств, состоящих			Все домохозяйства (для сравнения)
	из инвалидов	из инвалидов и других лиц, включая		
инвалидов всех возрастов		детей-инвалидов до 15 лет		
Домохозяйства в многоквартирных домах (вкл. общежития) – всего	100,0	100,0	100,0	100,0
из них проживающие в домах, оборудованных:				
широкими дверными проемами	15,8	17,4	18,1	19,8
наклонными въездами/съездами или входом на уровне дороги	13,1	12,7	13,4	17,4
перилами (у дома, в подъезде)	36,9	37,5	41,0	39,5
автоматически или легко открываемыми дверьми	7,1	7,3	7,8	8,3
лифтом (подъемником), пригодным для инвалидных колясок	2,6	2,8	2,6	5,0
прочими приспособлениями	0,9	0,9	0,9	1,7

По официальным сведениям из таблицы следует, что проведено оборудование многоквартирных домов для инвалидов с ограничением мобильности различными приспособлениями.

При этом в домах, где проживают инвалиды и семьи с детьми-инвалидами в 2 раза реже установлены лифты, чем в домах, где проживают все домохозяйства: 5,0 против 2,6 %, соответственно.

По результатам мониторинга выполнения органами государственной власти планов мероприятий («дорожных карт») получены данные по обследованию жилых помещений инвалидов и семей с детьми-инвалидами межведомственной комиссией до конца 2018 г. (таблица 48).

Таблица 48 – Показатели обследованных и приспособленных жилых помещений инвалидов и семей с детьми-инвалидами межведомственной комиссией в федеральных округах Российской Федерации

Федеральный округ	Численность инвалидов на 31.12.2018		Жилые помещения инвалидов			
			обследованные межведомственной комиссией		приспособленные среди обследованных	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Российская Федерация	11277668	100,0	53604	0,47	3476	6,5
Центральный	3294276	100,0	6133	0,19	995	16,2
Северо-Западный	1245653	100,0	4144	0,33	238	5,7
Северо-Кавказский	883957	100,0	166	0,02	42	25,3
Южный	1195356	100,0	20624	1,72	1486	7,2
Приволжский	2217764	100,0	7109	0,32	1875	26,4
Уральский	721495	100,0	9129	1,26	102	1,1
Сибирский	1370972	100,0	834	0,06	116	13,9
Дальневосточный	348195	100,0	5465	1,57	312	5,7

В целом было обследовано более 53 тыс. жилых помещений, в которых проживают инвалиды или семьи с детьми-инвалидами (0,47 % от общего числа инвалидов). По результатам обследования приспособлено более 3,5 тыс. жилых помещений, что составило 6,5 % из числа обследованных помещений с колебаниями по федеральным округам от 1,1 до 26,4 %, соответственно.

Таким образом, результаты анализа жилищных условий инвалидов выявили стесненность разной степени выраженности у 5,4 % домохозяйств инвалидов и 51,6 % домохозяйств с детьми-инвалидами. Проведено оборудование многоквартирных домов для инвалидов различными техническим приспособлениями. При этом в домах, где проживают инвалиды и семьи с детьми инвалидами, в 2 раза реже установлены лифты, чем в домах, где проживают все домохозяйства: 5,0 против 2,6 %, соответственно.

Во исполнение права инвалидов на доступное жилье в Российской Федерации создан организационно-правовой механизм приспособления жилья. Вместе с тем нуждаются в проработке и развитии методические вопросы обследования жилого помещения с учетом имеющихся ограничений жизнедеятельности инвалида или ребенка-инвалида, механизмы

межведомственного взаимодействия учреждений, участвующих в процессе реабилитации и абилитации инвалидов, в т. ч. приспособлении жилого помещения.

В субъектах Российской Федерации с разной степенью интенсивности развивается деятельность межведомственных комиссий по обследованию жилья.

## **5.2 Барьеры жилых помещений для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках**

### **5.2.1 Общая характеристика барьеров**

С помощью методологии МКФ изучены барьеры жилых помещений, препятствующие социальной интеграции инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках в ближайшем окружении.

Среди респондентов инвалиды II и I группы, испытывающие выраженные и значительно выраженные проблемы со здоровьем, составили 47,5 %; дети-инвалиды – 46,3 %. Кроме нарушений статодинамической функции организма, обуславливающих необходимость использования кресла-коляски для передвижения, у 77,2 % инвалидов отмечались сопутствующие заболевания, утяжеляющие состояние инвалида: нарушение функций внутренних органов – в 22,0 % случаев, функции верхних конечностей – в 21,1 %, сенсорные нарушения – в 18,7 %, языковые и речевые нарушения – в 18,3 %, психические нарушения – в 16,8 %, нарушения размеров тела – в 3,1 % соответственно.

Основная часть опрошенных инвалидов (94,2 %) проживает с семьей, лишь 2,5 % взрослых инвалидов проживают одиноко. Не указали информацию о семейном статусе 3,3 % опрошенных граждан. Помощник инвалида в передвижении (в том числе и член семьи) имеется у 57,1 % инвалидов, не



испытывают потребности в помощнике 15,0 % респондентов, нуждаются в помощнике 21,2 % опрошенных, соответственно.

Несомненно, что приведенные социально-гигиенические характеристики инвалидов, участвующих в пилотном исследовании, указывают на специфичность данного контингента инвалидов и необходимость индивидуального, адресного подхода при осуществлении работ в создании безбарьерной среды жизнедеятельности.

Среди инвалидов-колясочников не испытывают проблем при мобильности с помощью ТСР (рисунок 17) в жилом помещении и вблизи него: от 6,7 % инвалидов (при использовании входа в дом) до 20,0% - на придомовом участке. При этом в жилой комнате полностью мобильны 18,8 %, на кухне – 16,3 %, при входе в квартиру – 14,2 %, в коридоре – 8,8%, при пересаживании в / из кресла-коляски на кровать – 14,2 % инвалидов, соответственно.

На улице полностью мобильны с помощью ТСР: на придомовом участке – 20,0 % инвалидов-колясочников; при перемещении на отдаленные расстояния по улице – 7,9 %; в ближайшем микрорайоне – 6,3 %; при использовании транспорта – 2,9 % (при управлении личным транспортом).

Представленные данные иллюстрируют влияние факторов окружающей среды на компенсацию способности к самостоятельному передвижению: полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды достигают при передвижении в жилье от 6,7 до 20,0 % в зависимости от зоны жилого помещения; при передвижении на улице от 2,9 до 7,9 %.



Рисунок 17 – Результаты изучения проблем передвижения инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, по единой шкале оценки МКФ

Вопросы обустройства жилого помещения с учетом ограничений жизнедеятельности инвалида находятся в сфере медико-социальной реабилитации и решаются посредством индивидуальной программы реабилитации.

Результаты изучения затруднений разной степени выраженности, связанных с передвижением инвалидов-колясочников, с учетом доменов активности и возможности участия представлены в таблице 49.

Таблица 49 – Результаты экспертной оценки затруднения мобильности инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, по Единой шкале оценки МКФ

Активность и участие		Удельный вес инвалидов, имеющих затруднения разной степени выраженности по Единой шкале оценки МКФ													
		Нет проблем		Легкие		Умеренные		Тяжелые		Абсолютные		Не определимо		Не указано	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Подъем и перемещение в/из кресла-коляски, например с кровати и др. (d410)		<b>14,2</b>	11,0-18,1	<b>11,3</b>	8,5-14,9	<b>18,3</b>	14,7-22,6	<b>21,7</b>	17,8-26,2	<b>20,8</b>	17,0-25,2	<b>0,8</b>	0,3-2,3	<b>12,9</b>	9,9-16,7
Передвижение в различных местах (d460)	в жилой комнате	<b>18,8</b>	15,1-23,1	<b>10,4</b>	7,7-13,9	<b>25,0</b>	20,9-29,7	<b>20,0</b>	16,2-24,4	<b>20,8</b>	17,0-25,2	<b>1,7</b>	0,8-3,6	<b>3,3</b>	1,9-5,7
	на кухне	<b>16,5</b>	13,1-20,6	<b>10,4</b>	7,7-13,9	<b>22,9</b>	18,9-27,4	<b>21,7</b>	17,8-26,2	<b>22,9</b>	18,9-27,4	<b>2,1</b>	1,1-4,1	<b>3,8</b>	2,3-6,3
	в санузле	<b>6,7</b>	4,6-9,7	<b>6,7</b>	4,6-9,7	<b>18,8</b>	15,1-23,1	<b>22,9</b>	18,9-27,4	<b>38,3</b>	33,5-43,3	<b>3,3</b>	1,9-5,7	<b>3,3</b>	1,9-5,7
	вход в квартиру	<b>14,2</b>	11,0-18,1	<b>11,3</b>	8,5-14,9	<b>20,4</b>	16,6-24,8	<b>25,0</b>	20,9-29,7	<b>22,9</b>	18,9-27,4	<b>1,7</b>	0,8-3,6	<b>4,6</b>	2,9-7,2
	коридор, выход на балкон	<b>8,8</b>	6,3-12,1	<b>7,5</b>	5,2-10,6	<b>21,3</b>	17,4-25,8	<b>18,3</b>	14,7-22,6	<b>30,4</b>	25,9-35,3	<b>5,8</b>	3,8-8,7	<b>7,9</b>	5,6-11,1
	входной узел в дом (вход, лестница, лифт, площадка)	<b>6,7</b>	4,6-9,7	<b>5,8</b>	3,8-8,7	<b>12,5</b>	9,5-16,3	<b>26,7</b>	22,4-31,4	<b>42,1</b>	37,2-47,2	<b>2,1</b>	1,1-4,1	<b>4,2</b>	2,6-6,8
	придомовой участок	<b>20,0</b>	16,2-24,4	<b>13,3</b>	10,2-17,1	<b>18,8</b>	15,1-23,1	<b>15,0</b>	11,7-19,0	<b>19,6</b>	15,9-23,9	<b>3,3</b>	1,9-5,7	<b>10,0</b>	7,3-13,5
Передвижение с использованием ТСР, в т. ч. кресла-коляски по улице (d 465)	передвижение в ближайшем микрорайоне	<b>6,3</b>	4,2-9,3	<b>5,8</b>	3,8-8,7	<b>24,6</b>	20,5-29,2	<b>20,0</b>	16,2-24,4	<b>30,0</b>	25,6-34,9	<b>8,3</b>	5,9-11,6	<b>5,0</b>	3,2-7,7
	передвижение на отдаленные расстояния	<b>7,9</b>	5,6-11,1	<b>7,1</b>	4,9-10,2	<b>17,1</b>	13,6-21,3	<b>23,3</b>	19,3-27,9	<b>31,3</b>	26,8-36,2	<b>8,3</b>	5,9-11,6	<b>5,0</b>	3,2-7,7

Продолжение Таблицы 49

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Использование транспорта (d 470)	Мобильность с использованием транспорта (d 470)	<b>2,9</b>	1,6-5,2	<b>3,8</b>	2,3-6,3	<b>15,8</b>	12,4-19,9	<b>18,3</b>	14,7-22,6	<b>42,1</b>	37,2-47,2	<b>10,8</b>	8,0-14,4	<b>6,3</b>	4,2-9,3
Управление транспортом (d 475)	Управление личным автомобилем	<b>10,8</b>	8,0-14,4	<b>0,8</b>	0,3-2,3	<b>0,4</b>	20,9-29,7	<b>2,5</b>	1,3-4,6	<b>23,3</b>	19,3-27,9	<b>20,8</b>	17,0-25,2	<b>41,3</b>	36,4-46,4

Абсолютные ограничения мобильности у инвалидов, использующих кресло-коляску, выявлены у 20,8 % инвалидов, которые не могут самостоятельно пересест в / из кресла-коляски на кровать.

Невозможность использования входного узла в дом выявлена у 42,1 % инвалидов, санитарного узла – 38,3 %, коридора – 30,4 %, кухни – 22,9%, входного узла в квартиру – 22,9 %, жилой комнаты – 20,8 %, придомового участка – 19,6 %, соответственно.

Невозможность (абсолютные проблемы) передвижения на улице по ближайшему микрорайону выявлены у 30,0 % респондентов, на отдаленные расстояния – у 31,3 % инвалидов, при пользовании личного транспорта – у 23,3 % инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске.

Значительные ограничения мобильности, необходимость значительной помощи других лиц при перемещении в / из кресла-коляски на кровать выявлены у 21,7 % респондентов.

Значительные ограничения мобильности в квартире возникали у каждого из 5 инвалидов при входе в многоквартирный дом, у каждого из 4 инвалидов – в санузле, на кухне, в жилой комнате, в коридоре и выходе на балкон, на территории придомового участка – у каждого из 6 инвалидов.

На улице значительные ограничения мобильности выявлены: при перемещении в ближайшем микрорайоне – у 20,0 % респондентов, на отдаленные расстояния в кресле-коляске – у 23,3 %, соответственно.

Умеренные ограничения мобильности зарегистрированы у 18,3 % инвалидов при переходе из кресла-коляски на кровать.

Умеренные ограничения мобильности испытывали при использовании следующих помещений квартиры на кресле-коляске: комнаты – 25,0 % , кухни – 22,9 %, туалета и ванной – 18,8 %, входного узла в квартиру – 20,4 %, коридора, балкона – 21,3 %, входного узла в дом, лестниц – у 12,5 %, территория вблизи дома – 18,8 % респондентов, соответственно.

На улице умеренные ограничения мобильности выявлены: при перемещении в ближайшем микрорайоне – у 24,6 % респондентов, на отдаленные

расстояния в кресле-коляске – у 17,1 %, при использовании транспорта – у 15,8 % инвалидов, соответственно.

Незначительные (легкие) ограничения мобильности установлены у 11,2 % инвалидов при подъеме в / из кресла-коляски на кровать.

В квартире инвалиды-колясочники испытывали легкие ограничения мобильности: на входе в квартиру – 11,2 %; в жилой комнате/спальне и на кухне – 10,4 %, в санузле – 6,7 %, в коридоре и при выходе на балкон – 7,5 %, соответственно, на территории вблизи дома – 13,3 %, на входном узле в дом – 5,8 % респондентов, соответственно.

Незначительные ограничения мобильности инвалидов-колясочников в ближайшем микрорайоне выявлены у 5,8 % опрошенных, на отдаленные расстояния – у 7,1 %, при использованием транспорта – у 3,7 %, соответственно.

Представленные результаты демонстрируют, что, несмотря на обеспечение техническими средствами реабилитации, инвалиды-колясочники все же испытывают серьезные ограничения мобильности при передвижении в окружающей среде:

1) при использовании входного узла в многоквартирный дом (вход, лестница, лифт, площадка) – 87,1 % инвалидов, из них полное (абсолютное) ограничение – 42,1 %; выраженное – 26,7 %, умеренное – 12,5 %, незначительное – 5,8 % граждан;

2) при использовании санитарных помещений – 86,7 % инвалидов, из них полное (абсолютное) – 38,3 %; выраженное – 22,9 %, умеренное – 18,8 %, незначительное – 6,7 % обследованных;

3) при перемещении в ближайшем микрорайоне – 80,4 % инвалидов, из них полное (абсолютное) – 30,0 %; выраженное – 20,0 %, умеренное – 24,6 %, незначительное – 5,8 % инвалидов;

4) при использовании транспорта городского и личного – 79,9 % инвалидов, из них полное (абсолютное) ограничение – 42,1 %, выраженное – 18,3 %, умеренное – 15,8 %, незначительное – 3,8 % респондентов.

Среди зон жилых зданий и помещений, в которых проживали инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске, приоритетными для обустройства по результатам экспертной оценки стали входной узел в дом, санузел и придомовая территория (таблица 50).

Таблица 50 – Результаты экспертной оценки зон жилых зданий и помещений, требующие первоочередного переоборудования

Наименование зоны жилого помещения	Результаты экспертной оценки		
	Удельный вес инвалидов, имеющих затруднения в передвижении		Ранговое место
	%	95 % ДИ	
Жилая комната	19,2	15,5–23,5	4
Кухня	14,2	11,0–18,1	7
Санузел	41,3	36,4–46,4	2
Вход в квартиру	18,8	15,1–23,1	5
Другие помещения квартиры	9,2	6,7–12,6	8
Рабочее место на дому	14,6	11,4–18,6	6
Входной узел в дом	49,2	44,1–54,3	1
Придомовой и приквартирный участок	23,3	19,3–27,9	3

Представленные данные иллюстрируют влияние факторов окружающей среды на компенсацию способности к самостоятельному передвижению: полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды достигают при передвижении в жилье – от 6,7 до 20,0 % в зависимости от зоны жилого помещения; при передвижении на улице – от 2,9 до 7,9 %.

Вопросы обустройства жилого помещения с учетом ограничений жизнедеятельности инвалида находятся в сфере медико-социальной реабилитации и решаются посредством индивидуальной программы реабилитации (ст. 17 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ»).

Таким образом, результаты демонстрируют, что, несмотря на обеспечение техническими средствами реабилитации, инвалиды-колясочники все же испытывают серьезные ограничения мобильности при передвижении в окружающей среде:

1) при использовании входного узла в многоквартирный дом (вход, лестница, лифт, площадка) – 87,1 % инвалидов, из них полное (абсолютное) ограничение – 42,1 %; выраженное – 26,7 %, умеренное – 12,5 %, незначительное – 5,8 % граждан;

2) при использовании санитарных помещений – 86,7 % инвалидов, из них полное (абсолютное) – 38,3 %; выраженное – 22,9 %, умеренное – 18,8 %, незначительное – 6,7 % обследованных;

3) при перемещении в ближайшем микрорайоне – 80,4 % инвалидов, из них полное (абсолютное) – 30,0 %; выраженное – 20,0 %, умеренное – 24,6 %, незначительное – 5,8 % инвалидов;

4) при использовании транспорта городского и личного – 79,9 % инвалидов, из них полное (абсолютное) ограничение – 42,1 %, выраженное – 18,3 %, умеренное – 15,8 %, незначительное – 3,8 % респондентов.

Среди зон жилых зданий и помещений, в которых проживали инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске, приоритетными для обустройства по результатам экспертной оценки стали входной узел в дом, санузел и придомовая территория.

### **5.2.2 Барьеры в различных зонах жилого помещения**

При углубленном изучении особенностей жилья проанализированы барьеры в различных зонах жилого помещения, значимые для инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске.

Среди обследованных инвалидов более половины (56,7 %) не использовали кухню по назначению, т.к. не могли воспользоваться предметами и оборудованием для приготовления и приема пищи, с помощью ТСР готовили пищу и принимали ее 12,9 %, только трети инвалидов (28,8 %) использовали в



полной мере кухонную посуду, оборудование и принадлежности самостоятельно (таблица 51).

Более половины инвалидов принимали пищу в кухонной зоне, принимали пищу в комнате за столом – 25,4 %, ели, находясь в кровати, – 20,0 %, соответственно.

Практически у половины инвалидов (47,1 %) кухонные рабочие поверхности и приборы были достигаемы по высоте. Вместе с тем, практически 8 % инвалидам требовалось организовать удобное расположение мебели: поднять или опустить ее поверхность. Ниши в мебели для подъезда на кресле-коляске требовались 11,3 % инвалидов; у 2,0 % – такая ниша уже существовала.

Таблица 51 – Кухня жилого помещения с точки зрения доступности:

результаты экспертной оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске

Характеристики кухни с точки зрения доступности для инвалида, передвигающегося на кресле-коляске		Удельный вес инвалидов	
		%	95% ДИ
Самостоятельное использование кухонной мебели и приборов, а также с помощью ТСР (дотянутся до посуды, приготовить пищу и др.)	Может использовать самостоятельно	28,8	24,4–33,6
	Может использовать с ТСР	12,9	9,9–16,7
	Не может пользоваться	56,7	51,6–61,7
	Не указано	1,7	0,8–3,6
Прием горячего питания (без переноса ее в столовую или гостиную)	Ест на кухне	56,7	51,6–61,7
	Ест в комнате за столом	25,4	21,2–30,1
	Ест в комнате в кровати	20,0	16,2–24,4
Изменение высоты мебели и приборов (рабочей поверхности) на кухне	Приподнять по высоте	2,9	1,6–5,2
	Опустить по высоте	5,0	3,2–7,7
	Удобно использовать	47,1	42,1–52,2
	Другое	37,1	32,3–42,1
	Не указано	8,3	5,9–11,6
Обустройство зоны для подъезда на кресле-коляске и ниш для ног в нижней части мебели	Требуется	11,3	8,5–14,9
	Уже сделана	1,7	0,8–3,6
	Не требуется	66,3	61,3–70,9
	Другое	16,3	12,9–20,4
	Не указано	4,6	2,9–7,2

Санитарный узел. Не доступно данное помещение оказалось для практически 60 % инвалидов-колясочников. Использовали санитарные помещения по назначению лишь 40 % обследованных (таблица 52).

Практически у 40 % инвалидов туалет был совмещен с ванной комнатой, что вызывало неудобство въезда в него на кресле-коляске, и даже возможность разворота. Около 70,0 % инвалидов-колясочников не могли воспользоваться санузелом из-за узости помещения, недостаточной ширины дверных проемов и высоких порогов. Только один из семи инвалидов мог беспрепятственно въехать в санузел. Дополнительные ТСП или домашние приспособления (табуретки, скамейки) перед входом в санузел использовали 6,7 % инвалидов.

Более половины квартир (55,0 %) нуждались в обустройстве санитарных помещений ТСП: штангами, поручнями, подъемниками и другими. Раковина и смеситель были не доступны (далеко расположены, вне зоны досягаемости, трудно открываемы) практически у 40,8 % респондентов, каждый третий инвалид не мог использовать душ и ванну самостоятельно— они для них недоступны.

Специальное сидение для перехода с кресла-коляски в ванную требовалось половине инвалидов – 49,6 %. Терморегуляторы воды, предохраняющие от вытекания воды свыше 50°, в квартирах инвалидов с ограничением мобильности были установлены немногим меньше чем у 7 % инвалидов, однако нуждались в их установке 91,7 % квартир.

Унитаз для каждого третьего колясочника оказался неудобен по высоте. Скользкий пол отметили 42,5 % инвалидов.

Таблица 52 – Санитарный узел жилого помещения с точки зрения доступности:  
результаты экспертной оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов,  
передвигающихся на кресле-коляске

Характеристики санузла с точки зрения доступности для инвалида		Удельный вес инвалидов	
		%	95 % ДИ
1	2	3	4
Возможность использования санузла (доступность)	Доступен и используется инвалидом	39,6	34,7–44,7
	Недоступен и не используется инвалидом	40,4	35,5–45,5
	Другой ответ	19,6	15,9–23,9
	Не указано	0,4	0,1–1,7
Совмещенность санитарно- гигиенических помещений	Совмещённый санузел	30,8	26,3–35,7
	Раздельный санузел	66,7	61,7–71,3
	Не отмечено	2,5	1,3–4,6
Въезд на кресле-коляске в санитарное помещение: ширина дверного проема, пороги	Возможен	13,8	10,7–17,7
	Невозможен	68,3	63,4–72,8
	Необходима пересадка перед входом на дополнительное ТСР	6,7	4,6–9,7
	Другое	8,3	5,9–11,6
	Не указано	2,9	1,6–5,2
Дополнительное оборудование санитарных узлов: штанги, поручни, подъемники, насадки, сидения	Нет и не нужны	34,6	29,9–39,6
	Нужны, но не установлены	55,0	49,9–60,0
	Установлено	7,9	5,6–11,1
	Не указано	2,5	1,3–4,6
Досыгаемость/доступность раковины и крана: возможность дотянуться до крана, открыть кран и др.	Доступен и используется инвалидом	55,4	50,3–60,4
	Недоступен и не используется инвалидом	40,8	35,9–45,9
	Не указано	3,8	2,3–6,3
Досыгаемость/доступность душа, ванны	Доступны и используются инвалидом	58,8	53,7–63,7
	Недоступны и не используется инвалидом	30,4	25,9–35,3
	Не указано	10,8	8,0–14,4

Продолжение Таблицы 52

1	2	3	4
Дополнительное сидение для перехода с кресла-коляски в ванную	Есть	10,4	7,7–13,9
	Нет, необходимо установить	49,6	44,5–54,7
	Нет и не нужно	37,9	33,1–42,9
	Не указано	2,1	1,1–4,1
Удобство использования унитаза (высота расположения)	Удобен для инвалида	44,2	39,2–49,3
	Неудобен	36,3	31,6–41,3
	Не указано	19,5	15,8–23,8
Наличие дополнительных ТСП: надставок или сидений	Есть	14,6	11,4–18,6
	Нет	41,7	36,8–46,8
	Не нужно	41,7	36,8–46,8
	Не указано	2,1	1,1–4,1
Пол со скользким покрытием	Да, скользко	42,5	37,6–47,6
	Нет	44,2	39,2–49,3
	Другое	11,7	8,8–15,4
	Не указано	1,7	0,8–3,6
Расположение дверей санузла: открывание внутрь или наружу	Двери открываются внутрь	24,2	20,1–28,8
	Двери открываются наружу	72,9	73,4–81,8
	Не указано	2,9	1,6–5,2
Использование запоров дверей	Запорные механизмы удобны	24,2	20,1–28,8
	Запорные механизмы неудобны	5,8	3,8–8,7
	Запорами не пользуется	67,5	62,6–72,1
	Не указано	2,5	1,3–4,6
Терморегулятор воды (не выше 50 градусов)	Установлен	6,7	4,6–9,7
	Не установлен	91,7	88,4–94,1
	Не указано	1,6	0,7–3,5

Жилая комната / спальня. Зона для свободного кругового разворота и маневра кресла-коляски была в квартире у практически 60 % инвалидов, однако при этом 40 % обследованных квартир были ее лишены (таблица 53).

Более половины квартир требовалось установка или размещение ТСП для перемещения в/из кресла-коляски на кровать (52,1 %), данные ТСП уже были установлены дома у 12,5 % инвалидов, 12,5 % – для пересаживания из кресла-коляски на кровать пользовались табуретками, стульями и скамейками. Прикроватные столики для хранения лекарств, телефона, приема пищи при

необходимости отсутствовали у трети инвалидов (30,8 %), третья часть обследованные (27,9 %) – использовали подручные средства, 7,9 % – специализированные столики. Более трети инвалидов (32,5 %) инвалидов ответили, что не нуждаются в прикроватных столиках или полочках.

Свободное перемещение в жилой комнате/спальне к предметам мебели (шкафу, серванту и др.) отсутствовало у трети инвалидов-колясочников (29,6 %), подъезд к окну – у 34,2 %, возможность полноценно использовать мебель и оборудование в жилой комнате (доставать одежду и белье из шкафа и др.) – 47,5 % инвалидов. Пользовались мебелью при помощи ТСП или помощников 17,5 % инвалидов. И только треть всех инвалидов-колясочников (33,3 %) могли пользоваться предметами мебели в жилой комнате самостоятельно.

Высокие пороги как барьер, препятствующий входу/выходу из комнаты, отметили 11,7 % обследованных. В 17,9 % обследованных квартир ширина дверных проемов не соответствовала ширине кресло-коляски и затрудняла проезд в жилую комнату.

Таблица 53 – Жилая комната с точки зрения доступности:

результаты экспертной оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске

Характеристики жилой комнаты / спальни с точки зрения доступности для инвалида		Удельный вес инвалидов	
		%	95 % ДИ
1	2	3	4
Зона маневра кресла-коляски, в том числе круговой ее разворот	Да, разворот кресла-коляски возможен	58,7	53,6–63,6
	Нет места для разворота	36,2	31,5–41,2
	Не указано	5	3,2–7,7
ТСП для перехода с кресла-коляски на кровать др.	Нет, но нужны	52,1	47,0–57,1
	Есть ТСП (н-р, подъемник и др.) или подручные средства	12,5	9,5–16,3
	Не нужны	30,8	26,3–35,7
	Не указано	4,6	3,9–7,2

Продолжение Таблицы 53

1	2	3	4
Специальные прикроватные столики или полочки для хранения лекарств, телефона и др.	Нет, столик нужен	30,8	26,3–35,7
	Нет и не нужен	32,5	27,9–37,4
	Есть подручное средство	27,9	23,6–32,7
	Есть специализированный столик	7,9	5,6–11,1
	Не указано	0,8	0,3–2,3
Свободный подъезд на кресле-коляске к предметам мебели в жилой комнате	Подъезд свободен	65,8	60,8–70,4
	Подъезд затруднен	29,6	25,2–34,4
	Не указано	4,6	2,9–7,2
Свободный подъезд на кресле-коляске к окну	Свободный подъезд	58,3	53,2–63,2
	Подъезд затруднен	34,2	29,6–39,2
	Нет необходимости подъезда	1,2	0,5–2,9
	Не указано	6,2	4,2–9,1
Использование мебели и приборов в жилой комнате без помощи помощника	Может использовать сам	33,3	28,7–38,3
	Может пользоваться при помощи ТСР или других лиц	17,5	14,0–21,7
	Не может пользоваться	47,5	42,5–52,6
	Не указано	1,6	0,7–3,5
Высокие пороги, затрудняющие въезд в комнату	Есть барьеры- пороги	11,7	8,8–15,4
	Есть пороги, но они не барьерны	15,0	11,7–19,0
	Нет порогов	71,2	66,4–75,6
	Не указано	2,08	1,0–4,1
Соответствие дверных проемов ширине кресла-коляске	Кресло-коляска проходит в проем	77,1	72,6–81,1
	Не проходит, дверной проем узок	17,9	14,3–22,1
	Не указано	5,0	3,2–7,7

Вход в квартиру. Входная дверь в квартиру и ее проем препятствовали входу/выходу инвалида на кресле-коляске в 14,2 % квартир (таблица 54).

Таблица 54 – Вход в квартиру жилого помещения с точки зрения доступности: результаты экспертной оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске

Характеристики входа в квартиру с точки зрения доступности для инвалида		Удельный вес инвалидов		
		%	95 % ДИ	
Ширина дверного проема позволяет проезжать креслу-коляске	Да, свободно проезжает	82,9	78,7–86,4	
	Нет, не проезжает, вход узкий	14,2	11,0–18,1	
	Не указано	2,9	1,6–5,2	
Наличие высоких, барьерных порогов	Есть барьерные пороги	35,0	30,3–40,0	
	Есть пороги, но они не высокие	41,7	36,8–46,8	
	Нет порогов	21,7	17,8–26,2	
	Не указано	1,7	0,8–3,6	
Использование дверной ручки, замка, глазка и иных устройств двери	Удобны в использовании	39,2	34,4–44,3	
	Неудобны в использовании	33,3	28,7–38,3	
	Не указано	27,5	23,2–32,3	
Система сигнализации входа в подъезд или квартиру	Нет	48,8	43,7–53,9	
Удобство использования сигнализации	Есть	Удобна в использовании	27,9	23,6–32,7
		Неудобна	14,2	11,0–18,1
		Не указано	10,4	7,7–13,9

Высокие барьерные пороги препятствовали въезду в квартиру более трети инвалидов-колясочников (35,0 %). Также треть инвалидов затруднялись самостоятельно использовать ручку входной двери, замок, дверной глазок и сигнализацию для открывания входной двери в подъезд или квартиру.

Более половины инвалидов-колясочников жили в квартирах с узкими коридорами и не могли совершать маневр на кресле-коляске (проезд, разворот): был затруднен выход на балкон и передвижение по нему, а также проезд и разворот в холле и коридорах квартиры.

Входной узел в дом. Практически 70 % обследованных инвалидов не могли войти в свой многоквартирный дом из-за барьеров на входном узле. 15,4 % инвалидов-колясочников вообще не пользовались входом в здание. Более половины использовали лестницу для передвижения на кресле-коляске или иными способами без каких-либо приспособлений, чаще всего спуститься с лестницы помогал помощник. Пандус использовали 8,3 % инвалидов, иные



дополнительные приспособления на лестнице – 12,9 % респондентов (таблица 55).

Таблица 55 – Входной узел в жилое помещение многоквартирного дома с точки зрения доступности: результаты экспертной оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске

Характеристики входного узла в дом с точки зрения доступности для инвалида		Удельный вес инвалидов	
		%	95 % ДИ
Вход в здание (лестница или пандус)	Пользуется лестницей без приспособлений	50,8	45,7–55,9
	Пользуется лестницей с доп. приспособлениями	12,9	9,9–16,7
	Пользуется стационарным пандусом	8,3	5,9–11,6
	Не пользуется входом в здание	15,4	12,1–19,4
	Не указано	12,5	9,5–16,3
Возможность удобного проезда на кресле-коляске	Есть	26,7	22,4–31,4
	Нет	69,6	64,7–74,1
	Не указано	3,8	2,3–6,3
Входная площадка и тамбур: возможно проехать на кресле-коляске	Да	50,8	45,7–55,9
	Нет	45,8	40,8–50,9
	Не указано	3,3	1,9–5,7
Контроль на входе: удобен для инвалида	Да	24,6	20,5–29,2
	Нет	20,0	16,2–24,4
	Контроль отсутствует	46,7	41,7–51,8
	Не указано	8,8	6,3–12,1
Путь движения внутри здания до лифта: удобен для инвалида	Да	32,1	27,5–37,0
	Нет	49,6	44,5–54,7
	Не указано	18,3	14,7–22,6
Лифт, лестница	Пользуется лифтом	50,0	44,9–55,1
	Пользуется лестницей	31,7	27,2–36,6
	Не пользуется	17,5	14,0–21,7
	Не указано	0,8	0,3–2,3
Лифт, лестница: удобны для использования инвалида	Да	29,6	25,2–34,4
	Нет	60,4	55,3–65,3
	Не указано	10,0	7,3–13,5
Входные и выходные двери в здание (удобны для использования инвалидом)	Да	43,8	38,8–48,9
	Нет	50,4	45,3–55,5
	Не указано	5,8	3,8–8,7

Недоступность для инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, входной площадки / тамбура выявлена у 45,8 % инвалидов. Неудобство в

использовании систем контроля входа в дом отметили 20,0 % инвалидов. Практически в половины (46,5 %) обследуемых квартир контроль на входе вообще отсутствует. Барьеры на пути передвижения внутри здания от входной двери до лифта выявлены у 49,6 % респондентов.

Лифты в домах, где проживали инвалиды-колясочники установлены у половины обследованных. Но они часто были сломаны, имели малые габариты, помощник или сопровождающий не помещался в лифт вместе с инвалидом, особенно ребенком, сложно дотянуться до кнопок вызова и этажей. Более трети инвалидов не пользуются лифтом, вынуждены передвигаться по лестнице. Вовсе не могут самостоятельно воспользоваться лифтом или лестницей 17,5 % обследованных. Барьеры при использовании лифта и лестницы отметили 64,6 % граждан.

Входные двери в здание имели барьеры в использовании практически у половины обследованных.

Прилегающая к дому территория была недоступна для передвижения на кресле-коляске у 15,8 % инвалидов. На придомовую площадку выходили 84,2 % инвалидов. Территория около дома в основном покрыта асфальтом (93,8 %), однако затрудняют проезд на кресле-коляски ямы и неровное покрытие (22,9 %). (таблица 56). Нуждаемость в озеленении придомового участка для предотвращения гиперинсоляции выявлена у 11,3 % обследованных домов.

Личный автомобиль с ручным (или автоматическим управлением), имелся у 5,0 % инвалидов, вместе с тем 24,6 % инвалидов отметили, что им необходима автостоянка около дома.

Немногим меньше половины обследованных (44,2 %) сообщили об отсутствии вблизи их дома скамей, мест для отдыха и навесов от солнца и дождя. Такие места для отдыха имелись лишь у 26,3 % инвалидов, но они были не приспособлены. Около домов трети инвалидов имелись оборудованные места для отдыха.

Таблица 56 – Придомовая территория многоквартирного дома с точки зрения доступности: результаты экспертной оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске

Характеристики придомовой территории с точки зрения доступности для инвалида		Удельный вес инвалидов	
		%	95 % ДИ
Барьеры для передвижения на кресле-коляске вблизи дома	Нет барьеров	78,3	73,8–82,2
	Есть барьеры	15,8	12,4–19,9
	Не указано	5,8	3,8–8,7
Покрытие придомовой территории	Асфальтовое	93,8	90,9–95,8
	Плиточное	11,3	8,5–14,9
	Гравийное	11,3	8,5–14,9
	Трава	9,2	6,7–12,6
	Ямы и барьеры	22,9	18,9–27,4
	Другие варианты	0,8	0,3–2,3
Необходимость озеленения для предотвращения излишнего солнечного излучения	Озеленение достаточно	75,4	70,8–79,5
	Нет и не требуется	12,9	9,9–16,7
	Нет озеленения, необходимо	11,3	8,5–14,9
Места для отдыха инвалидов-колясочников на придомовой территории	Есть, доступные	27,5	23,2–32,3
	Есть, недоступные	26,3	22,1–31,0
	Нет	44,2	39,2–49,3
	Не указано	2,1	1,1–4,1
Автостоянка для автотранспорта рядом с домом	Есть автостоянка	31,3	26,8–36,2
	Нет автостоянки, но необходима	24,6	20,5–29,2
	Нет необходимости	37,1	32,3–42,1
	Не указано	7,1	4,9–10,2
Автотранспорт, которым управляет инвалид-колясочник самостоятельно	Да	5,0	3,2–7,7
	Нет	85,0	81,0–88,3
	Не указано	10,0	7,3–13,5

Таким образом, на основании представленных данных сделаны выводы о необходимости индивидуального подхода при создании безбарьерной жилой среды; существенные проблемы большинство инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, отмечают в следующих зонах жилья: вход в дом, санитарное помещение, коридоры, холлы, балкон; половина респондентов – при перемещении улице в кресле-коляске вблизи дома или на дальние расстояния.

Изучение проблем мобильности инвалидов-колясочников в ближайшем и отдаленном окружении, ориентированное на МКФ, позволило:

а) в научном плане: доказать значимость и влияние на жизнедеятельность инвалида не только нарушений функций организма, но и факторов окружающей среды, тем самым подчеркнув обоснованность применения биопсихосоциальной

модели инвалидности МКФ при решении медико-социальных задач на государственном уровне; разработать и апробировать принципы и методы диагностики проблем инвалидов в жилом помещении и сформулировать предложения по включению данного диагностического блока в реабилитационно-экспертную диагностику, проводимую специалистами учреждений медико-социальной экспертизы при разработке ИПРА инвалида и специалистами межведомственных комиссий;

б) решить практические медико-социальные задачи: подробно уточнить барьеры передвижения инвалидов с ограничением мобильности в пределах комнаты, квартиры, микрорайона, города; полученные сведения могут стать ориентиром для разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и проведения адресных мероприятий для создания доступной жилой среды.

### **5.3 Барьеры социальной инфраструктуры**

Методология изучения барьеров социальной интеграции инвалидов основывалась на систематизации факторов отдаленной окружающей среды в соответствии с МКФ. В рамках данного исследования рассмотрены домены: e110–e199 из раздела «Продукция и технологии»; e510–e599 из раздела «Службы, административные системы и политика», в частности, e525 «Жилищные службы, административные системы и политика», e570 «Службы, административные системы и политика социального страхования», e580 «Службы, административные системы и политика здравоохранения».

Условия социальной интеграции маломобильных групп населения в отдаленной окружающей среде изучались на примере инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске в районе их проживания.

ОСИ в зоне проживания инвалида на кресле-коляске были распределены по приоритетности их посещения. Наиболее регулярно инвалид посещает медицинские учреждения – 66,7 % респондентов, ближайшие магазины – 49,6 %, органы и учреждения социальной защиты населения – 44,2 %, соответственно.

Барьерность и недоступность для инвалидов с ограничением мобильности медицинских организаций отметили 36,3 % респондентов. Вместе с тем в ряде поликлиник города предложены для инвалидов-колясочников – посещение врачей на дому, возможность связаться с врачом по телефону и другие формы предоставления услуг, что отмечено положительно.

Почти треть инвалидов-колясочников отметили недоступность магазинов в районе их проживания. Как доступные респонденты выделили – гипермаркеты и супермаркеты, отдельные городские рынки, на которых установлены пандусы, просторные лифты, система автоматических дверей, ширина проходов между витринами и прилавками позволяет беспрепятственно проезжать креслу-коляске. Основное ограничение мобильности инвалиды испытывают при входе в магазин (из-за неправильной и неуместной парковки машин, ступеней перед входом), а также в зоне контроля доступа при прохождении через турникеты и «вертушки». Однако магазины «шаговой доступности» редко соответствуют требованиям доступности для инвалидов, т. к. имеют значительное число барьеров: ступени, идущие вниз или вверх перед входом, пороги, тяжелые (часто двойные) двери, высокие прилавки и узкие проходы.

Более трети инвалидов отметили доступность учреждений социальной защиты населения – центров реабилитации, социального обслуживания и др. Однако для 20,1 % респондентов указали на отсутствие в данных учреждениях пандусов (или слишком крутой подъем) и лифтов, места для хранения кресел-колясок наличие тяжелых и неудобных дверей и др.

ОСИ, в которых располагались администрации районов, отделы социальной защиты населения и другие органы власти, регулярно посещали 18,0 %

респондентов, при этом треть инвалидов расценила данные объекты в районе проживания как доступные, в две трети – недоступными.

Организации жилищно-эксплуатационной сферы организации были актуальны для посещения 15,9 % инвалидов, среди данных ОСИ «недоступные / доступные» соотносились как 1:1,2; физической культуры и спорта – 10,0 % , «недоступные / доступные» соотносились как 2:1; библиотеки – 5,8 %, «недоступные / доступные» соотносились как 1:1,5, соответственно.

Транспорт и объекты транспортной инфраструктуры не посещали регулярно 27,6 % инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске. Около 60 % инвалидов использовали социальное такси : 1 – 3 раза в неделю – 13,8 %, 2–3 раза в месяц – 8,3 %, реже 1 раза в месяц – 36,7 %. Социальное такси оценили положительно с точки зрения доступности более половины инвалидов ограничением мобильности. Но вместе с тем, как недоступное для инвалида, передвигающегося на кресле-коляске – 12,0 % респондентов. Барьеры при использовании соцтакси отмечены следующие: сложность дозвона в диспетчерскую службу, поездки необходимо планировать за несколько дней, невозможностью использования по экстренным случаям, малый перечень объектов для посещения, необходимость повторного вызова машины на обратный путь; отсутствие возможности использования соцтакси в ночное время и др.

Общественным транспортом инвалиды-колясочники пользовались довольно редко из-за значительных барьеров: недостаток низкопольного транспорта, редкое его движение, транспортное средство останавливается на большом расстоянии от бордюра, водитель не выходит и не устанавливает аппарели, высокие бордюры при передвижении по городу, минимальное расстояние на тротуарах и между припаркованными машинами, недостаточная уборка от снега и льда зимой, сокращенный норматив времени перехода дороги по разрешающему сигналу светофора, дефицит информации о маршрутах низкопольного транспорта.

Проведена экспертная оценка факторов, определяющих низкую доступность ОСИ и жилья инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске.

Оценка проводилась специалистами центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов г. Санкт-Петербурга.

Определены следующие значимые факторы:

– архитектурно-планировочные решения жилых помещений и ОСИ не учитывали специфичные особенности инвалидов с ограничением мобильности, что отметили 59,6 % специалистов;

– инвалиды с ограничением мобильности имели проблемы, связанные с состоянием здоровья самих инвалидов, которые препятствовали полноценной компенсации мобильности – 47,9 % ответов;

– инвалиды с ограничением мобильности имели проблемы психического здоровья – 7,1 %, соответственно;

– инвалиды с ограничением мобильности испытывали психологические проблемы, такие как осуждение, излишнее внимание, насмешки в отношении инвалидов при выходе на улицу и др. – 3,3 %, соответственно.

Полученные сведения, характеризующие барьеры приоритетных ОСИ, послужили ориентиром для комплекса адресных мероприятий по адаптации для инвалидов жилой среды и объектов городской среды.

Также представленные сведения о проблемах, которые испытывают инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске на объектах социальной инфраструктуры, подчеркнули значение факторов окружающей среды при проведении медико-социальной реабилитации. Без устранения барьеров окружающей среды эффективность жизнедеятельности инвалидов с ограничением мобильности, остается низкой. Соответственно государственные программы по социальной защите и медико-социальной помощи должны предусматривать финансирование и организацию работ по социальной интеграции путем обустройства доступной жилой среды и содействию в обустройстве объектов в зоне проживания инвалидов.

#### 5.4 Барьеры для инвалидов при получении медико-социальных услуг

Барьеры при направлении граждан на медико-социальную экспертизу и оказании государственной услуги по МСЭ изучались путем социологического исследования и экспертных оценок по специально разработанным анкетам в рамках Общероссийского семинара, организованного Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации в соответствии с планом реализации государственной программы «Доступная среда» на 2011–2020 гг. в восьми федеральных округах. Помощь в организации данного компонента исследования оказали специалисты ФКУ «Главное бюро МСЭ по Нижегородской области» (Герман С.В.) и АНО «Доступный мир».

При оценке действующего порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу отметили наличие проблем разной степени выраженности 84,0 % респондентов; при оценке действующей организации медико-социальной экспертизы – 79,0 % респондентов. Основными препятствиями для эффективной реализации экспертно-реабилитационного процесса зарегистрированы проблемы ресурсного, организационного и методического характера.

При реализации экспертно-реабилитационного маршрута граждан при направлении их на МСЭ: 16,0% специалистов считали, что при направлении на МСЭ у гражданина практически не возникает никаких препятствий (рисунок 18).



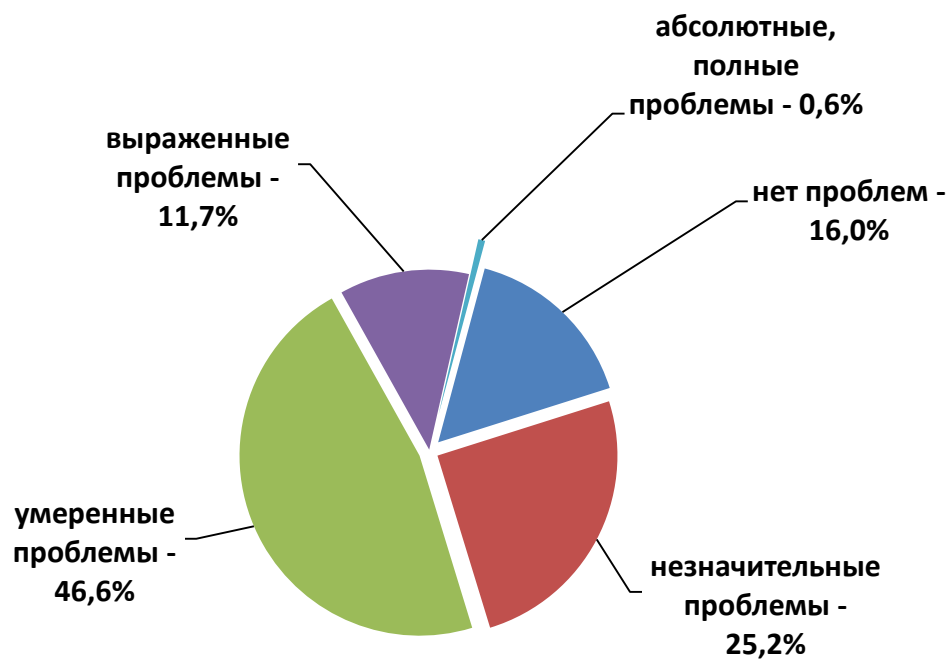


Рисунок 18 – Структура проблем при направлении граждан на МСЭ медицинскими организациями по степени выраженности

Вместе с тем большинство специалистов (84,0 %) отмечали при направлении на МСЭ проблемы разной степени выраженности: легкие проблемы – 25,2 % опрошенных специалистов, умеренные – 46,6 %, выраженные – 11,7 %, абсолютные проблемы – 0,6 %, соответственно.

Основные трудности при направлении граждан на МСЭ на уровне медицинской организации оценили 163 человека (таблица 57).

Таблица 57 – Основные трудности при направлении граждан на МСЭ  
на уровне медицинской организации

Основные трудовые операции специалистов медицинских организаций при направлении граждан на МСЭ	Количество респондентов, отметивших наличие трудностей при выполнении основных трудовых операций при направлении граждан на МСЭ на уровне медицинской организации	
	абсолютное число (человек)	из расчета на 100 участников социологического исследования
Определение показаний к направлению на МСЭ	41	25,2
Обследование больного в соответствии со стандартами	104	63,8
Организация обследования тяжелых больных на дому	87	53,4
Определение стойкости и выраженности функциональных нарушений	63	38,7
Определение реабилитационного потенциала	32	19,6
Оценка прогноза клинического и трудового	20	12,3
Оформление направления на МСЭ (формы 088/у-06)	29	17,8
Формулировка диагноза в форме 088/у-06	19	11,7
Формулировка рекомендаций по медицинской реабилитации (в п. 34 формы 088/у-06)	24	14,7
Работа с возражениями пациентов	50	30,7

По мнению респондентов, наибольшие трудности возникали при выполнении стандартов обследования пациентов при направлении на МСЭ (63,8 % положительных ответов), особенно при обследовании пациентов на дому. Затруднения возникали также при определении стойкости и выраженности функциональных нарушений (38,7 %) и определении показаний к направлению на МСЭ (25,2 %, соответственно).

Организация направления больного на МСЭ: 65,5 % опрошенных считали, что оформлять направление на МСЭ должны лечащие врачи. Однако 26,9 % полагали целесообразной организацию оформления документов при направлении пациентов на МСЭ в режиме «одного окна», или «одного кабинета», под

руководством наиболее опытного в этих вопросах врача, имеющего профессиональную подготовку по МСЭ и реабилитации, высокий уровень владения IT-технологиями, при необходимости с привлечением специалистов-консультантов.

Обязанность лечащих врачей оформлять направление на МСЭ воспринималась по-разному (таблица 58).

Таблица 58 – Ответы участников социологического опроса в отношении обязанности лечащих врачей оформлять пациентам направление на МСЭ

Варианты ответа на вопрос "Как Вы воспринимаете обязанность лечащих врачей оформлять направление на МСЭ?"	Количество респондентов, ответивших положительно	
	абсолютное число (человек)	из расчета на 100 участников социологического исследования
Это часть их функциональных обязанностей, и они обязаны этим заниматься	128	74,9
Эта работа должна дополнительно оплачиваться	37	21,6
Лечащие врачи с удовольствием оформляют документы пациентам для направления на МСЭ	4	2,3
Отнимает много времени и сил, а результат не всегда оправдывает усилия	46	26,9
Неприятная обязанность, неинтересная работа, пустая трата времени на "нелечебные" дела	5	2,9

Как следует из таблицы, лишь 74,9 % опрошенных считали направление на МСЭ функциональными обязанностями специалистов медицинской организации. Практически треть специалистов (26,9 %, соответственно) считала, что данная работа отнимает много времени и сил, а результат не всегда оправдывает затраченные усилия.

Большинство участников опроса (89 %) считала, что оформление направления на МСЭ в медицинских организациях не должно занимать более 2 недель, 6,8 % респондентов сообщили, что направление на МСЭ оформляется в медицинской организации в среднем за 1 неделю, 29,6 % – до 2 недель, 19,8 % – до 3 недель, 18,5 % – до 1 месяца, еще 18,5 % – более 1 месяца, 6,8 % – более 2 месяцев (таблица 59).

Таблица 59 – Оценка сроков оформления документов (формы 088/у-06) при направлении пациентов на МСЭ

Сроки оформления документов (формы 088/у-06) в медицинских организациях при направлении пациентов на МСЭ	Число респондентов, оценивших сроки оформления документов при направлении пациентов на МСЭ			Число респондентов, указавших оптимальные, по их мнению, сроки для оформления пациентам направления на МСЭ		
	абс.	%	95 % ДИ	абс.	%	95 % ДИ
Всего, в том числе	162	100,0		163	100,0	
Менее 1 недели	11	6,8	3,8–11,8	52	31,9	25,2–39,4
1–2 недели	48	29,6	23,1–37,0	93	57,1	49,4–64,4
3 недели	32	19,8	14,4–26,6	11	6,7	3,8–11,6
4 недели	30	18,5	13,3–25,2	7	4,3	2,1–8,6
Более 1 месяца	30	18,5	13,3–25,2	0	0,0	0,0–2,3
Более 2 месяцев	11	6,8	3,8–11,8	0	0,0	0,0–2,3

По данным анкетирования, об организации передачи направления на МСЭ в ФГУ МСЭ по электронному каналу связи сообщили 11 человек (6,4 %). О планах внедрения электронного документооборота при передаче направления на МСЭ из медицинских организаций в ФГУ МСЭ в ближайшей перспективе (1–3 года) сообщили 45 человек (26,3 %), в отдаленной перспективе – 36 человек (21,1 %), 27,5 % опрошенных были не информированы по данному вопросу.

Среди проблем, препятствующих активному внедрению электронного документооборота при взаимодействии медицинских организаций и ФГУ МСЭ при проведении медико-социальной экспертизы, 24 % респондентов отметили низкий уровень компьютерной грамотности сотрудников, 69,0 % – низкий уровень обеспеченности компьютерами и программными продуктами, 30,4 % – кадровые проблемы, 9,9 % – отсутствие возможности приема направлений на МСЭ в электронном виде в учреждениях МСЭ, 5,3 % отметили другие проблемы (несовершенство программных продуктов, «громоздкие программы», нехватка мощности имеющегося оборудования, несовместимость форматов электронных документов в медицинских организациях и учреждениях МСЭ и т. д.), 4 %

респондентов считали, что в настоящее время нет никаких препятствий для работы в условиях электронного документооборота.

Проведена оценка причин ошибок и дефектов при направлении граждан на МСЭ медицинскими организациями, в том числе необоснованного направления граждан на МСЭ (таблица 60).

Таблица 60 – Причины ошибок и дефектов при направлении пациентов на МСЭ медицинскими организациями

Возможные причины ошибок и дефектов при направлении пациентов на МСЭ медицинскими организациями	Количество респондентов, ответивших положительно	
	абсолютное число (человек)	из расчета на 100 участников социологического исследования
Отсутствие четкого регламента направления граждан на МСЭ с учетом особенностей региона	19	11,1
Отсутствие "на рабочем столе" стандартов обследования больных при направлении на МСЭ	15	8,8
Отсутствие единых критериев оценки стойкости и выраженности функциональных нарушений	40	23,4
Низкий уровень объективизации сведений в направлении на МСЭ, завышение или занижение степени выраженности функциональных нарушений	70	40,9
Отсутствие реальной возможности полностью выполнять рекомендуемые стандарты обследования при направлении граждан на МСЭ	66	38,6
Организационные проблемы (нехватка врачей, трудности при записи на прием к специалистам, долгое ожидание в очереди на бесплатные обследования и т.д.)	83	48,5
Сложности в организации клинико-экспертной работы в медицинской организации	11	6,4
Отсутствие информации о порядке и условиях направления граждан на МСЭ	5	2,9
Недостаточная профессиональная компетенция врачей, участвующих в направлении граждан на МСЭ	49	28,7
Другое	5	2,9

По мнению респондентов, наиболее частыми причинами являлись:

– проблемы ресурсобеспеченности медицинских организаций: недостатки наличия и качества кадровых, диагностических, информационных и других ресурсов;

– организационные проблемы, в том числе организация клинико-экспертной работы,

– проблемы методического характера: низкий уровень объективизации имеющихся у пациентов функциональных нарушений вследствие заболеваний, травм и т.д.; недостаточный уровень профессиональной компетенции врачей, принимающих участие в направлении граждан на МСЭ.

Отсутствие проблем и каких-либо барьеров для пациентов при проведении МСЭ отметили 21,0 % респондентов (рисунок 19).

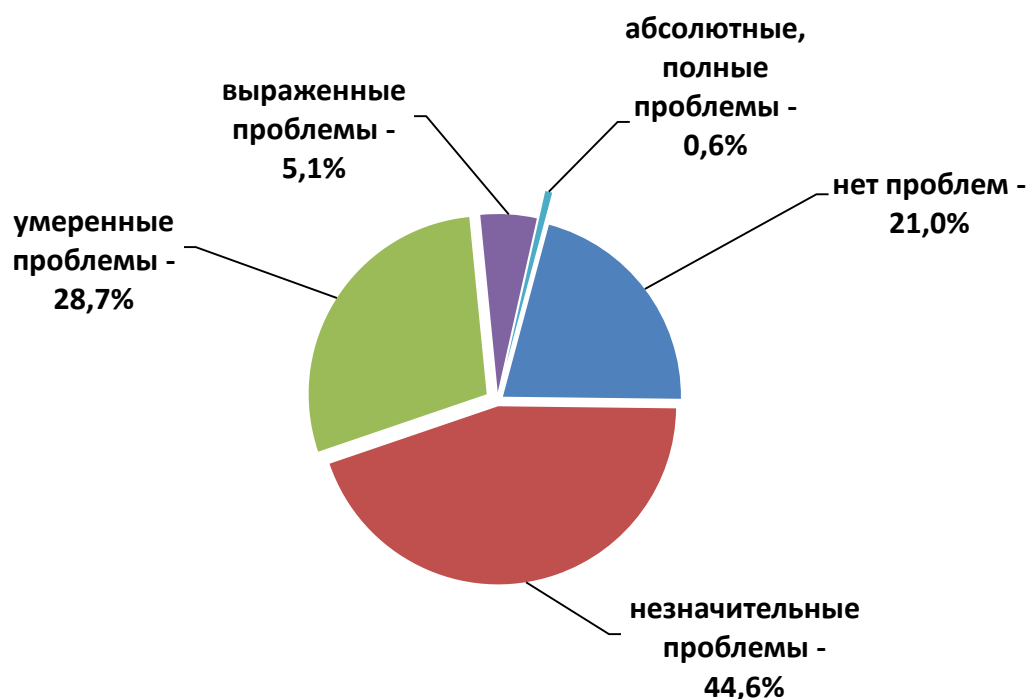


Рисунок 19 – Структура проблем при оказании государственной услуги по проведению МСЭ по степени выраженности

В оказании государственной услуги по МСЭ 79,0 % специалистов, участвовавших в опросе, отметили наличие трудностей разной степени

выраженности: 44,6 % – наличие незначительных проблем, 28,7 % – наличие умеренных проблем, 5,1 % – наличие выраженных проблем.

Основные проблемы (барьеры, препятствия) при оказании государственной услуги по проведению МСЭ отмечены в таблице 61.

Таблица 61 – Основные проблемы при оказании государственной услуги по проведению МСЭ

Основные проблемы при оказании государственной услуги по проведению МСЭ	Количество респондентов, ответивших положительно	
	абсолютное число (человек)	из расчета на 100 участников социологического исследования
Длительность и трудоемкость сбора документов для проведения МСЭ	99	57,9
Недостатки физической доступности учреждений МСЭ (пациентам далеко и неудобно добираться; необходимость посещать не оборудованные соответствующим образом здания и др.)	37	21,6
Недостаточная информированность граждан по вопросам МСЭ	19	11,1
Отсутствие четких критериев оценки стойкости и выраженности функциональных нарушений	45	26,3
Отсутствие четких критериев оценки ограничений жизнедеятельности	42	24,6
"Несправедливые" критерии для установления инвалидности	8	4,7
Недостаточный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалидам бесплатно	30	17,5
Недостатки этических основ общения с гражданами в учреждениях МСЭ	13	7,6
Другое	1	0,6
Барьеров нет (проблемы не обозначены)	21	12,3

Длительность и трудоемкость сбора документов для проведения МСЭ отметили 57,9 % респондентов, что находится в сфере компетенции медицинских организаций. Отсутствие четких критериев оценки стойкости, выраженности функциональных нарушений и ОЖД отметили 26,3 и 24,6 %, соответственно.

12,3 % респондентов не обозначили каких-либо конкретных проблем (барьеров) при оказании государственной услуги по проведению МСЭ. Предложения по совершенствованию организации направления граждан на МСЭ

высказали 53,2 % респондентов, по совершенствованию организации оказания государственной услуги по проведению МСЭ – 42,1 % респондентов (таблица 62).

Как следует из таблицы, определены основные пути совершенствования организации направления граждан на МСЭ и оказания государственной услуги по проведению МСЭ, среди которых основные:

- совершенствование регламента направления пациентов на МСЭ для медицинских организаций и регламента оказания государственной услуги по МСЭ, значимость которого подчеркнули 15,8 % респондентов;
- внедрение и совершенствование IT-технологий – 15,2 %, соответственно;
- повышение профессиональной компетенции врачей по вопросам МСЭ и реабилитации (совершенствование образовательных программ профессионального обучения на до- и последипломном этапах) – 8,8 %, соответственно.

Таблица 62 – Пути совершенствования организации направления граждан на МСЭ и оказания государственной услуги по проведению МСЭ

Пути совершенствования организации направления граждан на МСЭ и оказания государственной услуги по проведению МСЭ	Число респондентов, выбравших предложенный вариант ответа	
	абсолютное число (человек)	из расчета на 100 участников социологического исследования
1	2	3
Совершенствование регламента направления пациентов на МСЭ для медицинских организаций и регламента оказания государственной услуги по проведению МСЭ	27	15,8
Внедрение и совершенствование IT-технологий	26	15,2
Повышение профессиональной компетенции врачей по вопросам МСЭ и реабилитации (совершенствование образовательных программ профессионального обучения на до- и последипломном этапах)	15	8,8
Повышение доступности медицинской помощи (улучшение материально-технической базы медицинских организаций, оказание бесплатной медицинской помощи и т. д.)	14	8,2



Продолжение Таблицы 62

1	2	3
Совершенствование критериев установления инвалидности (определения степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности)	14	8,2
Совершенствование нормативной правовой базы	12	7,0
Решение кадровых вопросов	11	6,4
Совершенствование системы оплаты труда (нормирование труда, повышение зарплаты)	10	5,8
Оптимизация стандартов обследования при направлении пациентов на МСЭ с учетом региональных особенностей системы здравоохранения	8	4,7
Повышение физической доступности среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья	7	4,1
Организация мониторинга эффективности реализации экспертно-реабилитационного маршрута (диспансеризация инвалидов и т.д.)	6	3,5
Совершенствование экспертно-реабилитационного маршрута для отдельных категорий населения (в частности, для граждан пенсионного возраста)	4	2,3
Повышение качества оформления документов (форма 088/у-06) при направлении граждан на МСЭ	2	1,2
Повышение информированности граждан по вопросам проведения МСЭ и реабилитации	2	1,2
Совершенствование межведомственного взаимодействия, обеспечение преемственности этапов оказания экспертно-реабилитационной помощи	2	1,2
Повышение ответственности специалистов медицинских организаций за полноту и достоверность сведений при направлении граждан на МСЭ	1	0,6

Таким образом, в настоящее время организация экспертно-реабилитационного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья нуждается в совершенствовании: граждане сталкиваются с рядом барьеров (в широком смысле), препятствующих их социальной интеграции, в том числе на этапе направления на МСЭ, а также при оказании государственной услуги по проведению МСЭ. Основными барьерами в контексте данного исследования являются проблемы ресурсного, организационного и методического характера, которые требуют улучшения материально-технической базы, совершенствования нормативно-правового регулирования, оптимизации клинико-экспертной работы

в медицинских организациях и внедрения более эффективных технологий организационно-методического обеспечения деятельности учреждений МСЭ.

Дальнейшие исследования по созданию новой, рациональной модели экспертно-реабилитационного процесса будут способствовать повышению уровня социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья.

## **ГЛАВА 6. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АДАПТАЦИИ ЖИЛЬЯ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНЕМ МОБИЛЬНОСТИ**

### **6.1 Экспертная оценка потребности инвалидов с ограничением мобильности в адаптации жилья**

Экспертная оценка потребности инвалидов в приспособлении (адаптации) жилья, разработанная в диссертационном исследовании, являлась частью социальной диагностики и учитывала следующие принципы:

- биопсихосоциального подхода, основанного на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, при котором учитываются особенности здоровья индивидуума и его жизнедеятельность в жилом помещении;
- комплексной всесторонней адресной оценки проблем доступности для инвалида всех элементов конкретного жилого помещения и общего имущества в многоквартирном доме;
- безбарьерности, на основании идей социальной модели инвалидности, в соответствии с которыми фокус зрения на инвалидность смещается с нарушений самого инвалида на барьеры окружающей среды, включая барьеры его жилого помещения, мешающие реализации жизнедеятельности в естественных жизненных ситуациях;
- максимальной независимости инвалида в решении вопросов бытовой, общественной и профессиональной деятельности;
- оценка проводилась специалистами, но с обязательным участием инвалида («ничего о нас без нас»).

При разработке методических подходов учитывались и положения ст. 26 «Абилитация и реабилитация» Конвенции о правах инвалидов (ООН, 2006),

которая подчеркивала, что реабилитационные меры и программы должны учитывать следующие аспекты:

– основа диагностики – комплексная оценка и учет реабилитационного потенциала: «были основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида»;

– «имели добровольный характер»;

– доступность: «были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах».

В качестве основы для разработки диагностики использовался 35-й комплекс нормативных документов в строительстве «Обеспечение доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения» (35-й комплекс документов), а также актуализированной редакции СП 59.13330.2016

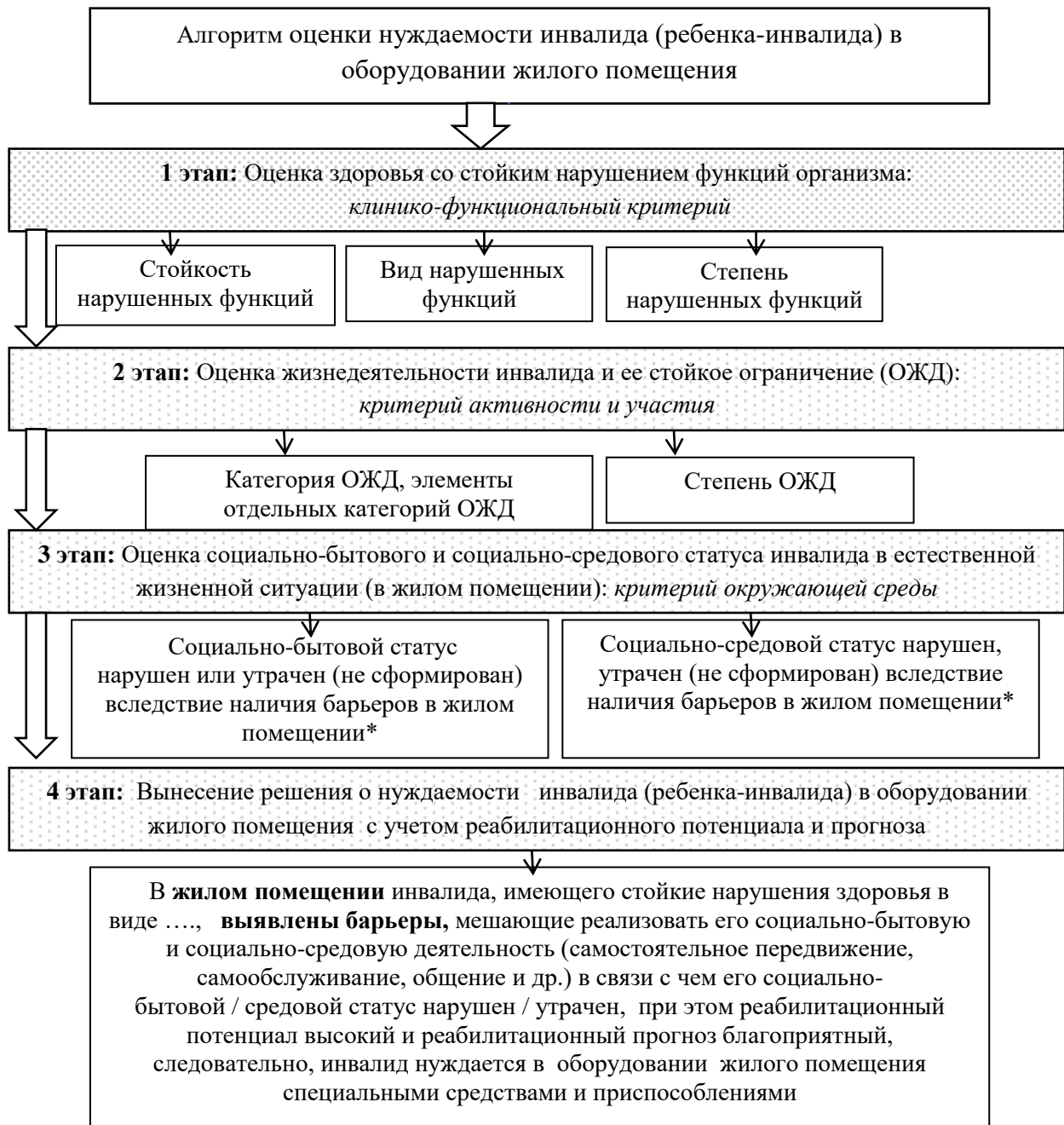
Разработан алгоритм оценки нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения (рисунок 20). Алгоритм состоял из 4 этапов:

– оценка здоровья со стойким нарушением функций организма;

– оценка жизнедеятельности инвалида и ее стойкое ограничение;

– оценка социально-бытового и социально-средового статуса инвалида в естественной жизненной ситуации (в жилом помещении);

– вынесение решения о нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения с учетом реабилитационного потенциала и прогноза.



\* При проведении реабилитационно-экспертной диагностики следует учитывать, что статус может быть нарушен или утрачен вследствие разных причин

Рисунок 20 – Алгоритм оценки нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения

Представленный алгоритм диагностики (либо отдельные его элементы) может быть использован специалистами учреждений медико-социальной экспертизы, межведомственных комиссий, а также специалистами центров социальной реабилитации инвалидов, комплексных центров социального обслуживания, отделов социальной защиты населения и других заинтересованных специалистов.

Методы сбора информации: методы опроса, интервьюирования, экспертной оценки, наблюдения, имитации отдельных элементов жизнедеятельности, в том числе на дому, методы запроса и изучения документов, методы клинико-функциональной диагностики (для оценки клинико-функционального критерия).

Методические основы реабилитационно-экспертной диагностики потребности инвалидов в обустройстве жилья включают изучение следующих экспертно значимых вопросов:

- проблемы человека, связанные с жизнедеятельностью (активностью и участием) в конкретном жилом помещении;
- характеристика жилого помещения: общие сведения о жилье, характеристика квартиры;
- заключение специалистов, проводивших экспертную оценку.

Для определения затруднений жизнедеятельности использована единая шкала измерений МКФ, по которой оцениваются ограничения инвалида. На примере инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках:

- проблемы при перемещении в кресло-коляску, например с кровати и из нее (d410);
- затруднения передвижения в жилой комнате, на кухне, в санузле, при входе в дом, квартиру, на балкон, а также на придомовом участке (d460).

Пример экспертной оценки жилья инвалида представлен в таблице 63, где значком «X» обозначены результаты оценки.

Таблица 63 – Пример экспертной оценки ограничения самостоятельного передвижения инвалида в квартире

<b>Проблемы человека, связанные с мобильностью (самостоятельным передвижением): классифицированы по МКФ</b>						
Оцените трудности, связанные с мобильностью, по единой шкале измерений:						
	0. НЕТ проблем	1. ЛЕГКИЕ проблемы	2. УМЕРЕННЫЕ проблемы	3. ТЯЖЕЛЫЕ проблемы	4. АБСОЛЮТНЫЕ проблемы	5. Неопределимо
Активность и участие	0–4% Никаких, отсутствуют	5–24% Незначительные, слабые	25–49% Средние, значимые	50–95% Высокие, интенсивные	95–100 % Полные	
<b>1 Подъем и перемещение в / из кресло-коляски, например, с кровати и др. (d410)</b>		X				
<b>2 Передвижение в различных местах (d460):</b>						
2.1 В жилой комнате	X					
2.2 На кухне	X					
2.3 В санузле					X	
2.4 Вход в квартиру	X					
2.5 Коридор, выход на балкон	X					
2.6 Входной узел в дом (вход, лестница, лифт, площадка)					X	
2.7 Придомовой участок			X			

Из таблицы следует, что абсолютные, максимальные проблемы респондент в данном примере испытывает при входе в санузел квартиры, в дом (на входном узле).

Для выявления проблем доступности в жилом помещении использованы: а) оценка инвалидом и б) оценка специалистами.

Приоритет в ответах, касающихся описания проблем жилого помещения, отдается мнению самого инвалида, как основного, главного участника процесса обустройства собственного жилья. Пример социальной диагностики жилья и его элементов представлен в таблице 64, где ответы респондента выделены жирным

шрифтом и подчеркиванием. Результаты оценки специалистом в данном примере исключены из таблицы, т. к. результаты оценки проблем жилого помещения инвалидом и специалистом совпали.

Таблица 64 – Пример характеристики жилого помещения (оценка инвалида)

Характеристика жилого помещения и близлежащей территории		
Элемент	Оценка инвалида (ответить на вопросы)	Справочные сведения
1	2	3
<b>1 Жилая комната – спальня</b> (если проблемы доступности в нескольких жилых комнатах – описать дополнительно на отдельном бланке)		
1.1 Ширина и длина жилой комнаты (указать в метрах)	<b>Комната – 12 кв. м</b>	<i>Жилое помещение должно иметь жилую комнату (п. 32)</i>
1.2 Количество человек, проживающих в комнате	<b>Один</b>	
1.3 Приспособления или ТСР для перехода с кресла-коляски на кровать др.	<b><u>Нет, но нужны – 1;</u></b> Есть подручные средства (например, табуретка) – 2; Есть ТСР (например, подъемник и др.) – 3; Не нужны – 4	
1.4 Специальные прикроватные столики или полочки для хранения лекарств, телефона и др.	Нет, нужны – 1; Нет и не нужен – 2; <b><u>Есть подручное средство – 3;</u></b> Есть специализированный столик – 4	
1.5 Зона разворота кресла-коляски в жилой комнате	<b><u>Да, разворот возможен – 1;</u></b> Нет места для разворота – 2	<i>Ширина пути движения кресла-коляски в одном направлении – не менее 1,5 м, минимальный размер для поворота – 1,2 x 1,2 м, разворота – 1,4 м, высота проходов не менее 2,1 м (п. 33)</i>
1.6 Подъезд на кресле-коляске к мебели в жилой комнате	<b><u>Можно подъехать – 1;</u></b> Подъезд затруднен – 2	
1.7 Подъезд на кресле-коляске к окну	<b><u>Можно подъехать – 1;</u></b> Подъезд затруднен – 2 Подъезд не нужен – 3	
1.8 Использование мебели и приборов жилой комнаты без посторонней помощи	Может пользоваться самостоятельно – 1; <b><u>Может пользоваться при помощи ТСР или помощника – 2 (например, достать белье с верхней полки)</u></b> Не может пользоваться – 3	
1.9 Высокие барьерные пороги, затрудняющие вход/выход из жилой комнаты	Есть барьерные пороги – 1; Есть пороги, но они не барьерны – 2; <b><u>Нет порогов – 3</u></b>	<i>Пороги дверных коробок входных и балконных дверей оснащаются временными съёмными инвентарными пандусами (п. 35)</i>



Продолжение Таблицы 64

1	2	3
1.10 Ширина дверных проемов позволяет проходить креслу-коляске	<b><u>Кресло-коляска проходит в дверной проем – 1;</u></b> Не проходит, проем узкий – 2	<i>Ширина дверных и арочных проемов не менее 0,9 м (п.34), входные и балконные двери оснащаются доводчиками (п.34)</i>
<b>2 Кухня</b>		
2.1 Использование кухонной утвари самостоятельно или при помощи ТСР (самостоятельно достать посуду, приготовить пищу и др.)	Может пользоваться самостоятельно – 1; <b><u>Может пользоваться при помощи ТСР – 2;</u></b> Не может пользоваться (указать, чем и почему) – 3	
2.2 Прием горячей пищи на кухне (без переноса ее в столовую или гостиную)	<b><u>Да, прием пищи на кухне – 1;</u></b> Прием пищи в комнате за столом – 2; Прием пищу в комнате в кровати – 3; Другие варианты – 4	
2.3 Высота кухонной рабочей поверхности	Требуется приподнять по высоте – 1; Требуется опустить по высоте – 2; <b><u>Рабочая поверхность оптимальна – 3;</u></b> Другое – 4	
2.4 Ниша для подъезда на кресле-коляске в нижней зоне кухонной мебели	<b><u>Да, ниша необходима – 1;</u></b> Ниша уже сделана – 2; Ниша не требуется – 3; Другое – 4	
<b>3 Санитарное помещение</b>	Доступно и используется инвалидом – 1; <b><u>Недоступно и не используется инвалидом – 2; (туалет недоступен, физиологические отправления совершает в комнате)</u></b> Другие варианты – 3	
3.1 Совмещенность ванной и туалета	Совмещены – 1; <b><u>Раздельно – 2</u></b>	<i>Должно иметь совмещенный санузел для инвалида (п. 32)</i>
3.2 Габариты санузла (в метрах): Если раздельно: – ванная комната – туалет	<b>1 x 2 м</b> <b>1 x 1 м</b>	<i>а) ванная комната или совмещенный санузел – не менее 2,2 x 2,2 м; б) уборная с умывальником – не менее 1,6 x 2,2 м; в) уборная без умывальника – не менее 1,2 x 1,6 м при условии открывания двери наружу (п.37)</i>

Продолжение Таблицы 64

1	2	3
3.3 Въезд на кресле-коляске в санитарное помещение	Да, возможен – 1; <b>Невозможен – 2; узкий дверной проем (в туалет)</b> Пересадка перед входом в ванную и туалет на дополнительное ТСП – 3; Другое – 4	<i>Ширина дверных и арочных проемов не менее 0,9 м (п. 34)</i>
3.4 Дополнительные ТСП и оборудование санузла: штанги, поручни, подъемники	Нет и не нужны – 1; <b>Нет, нужны – 2;</b> Есть, указать, какие – 3	
3.5 Доступность раковины и смесителя: возможность дотянуться до крана, открыть кран и др.	<b>Доступен для инвалида – 1;</b> Недоступен и не используется инвалидом – 2; <i>указать, где умывается в ванной</i>	
3.6 Доступность душевой комнаты и ванны	<b>Доступна для инвалида – 1;</b> Не доступна и не используется инвалидом – 2; <i>указать, где моется в ванной комнате</i>	
3.6.1 Дополнительное ТСП для перехода с кресла-коляски в ванну	<b>Есть – 1;</b> Нет, но необходимо – 2; Нет и не нужно – 3	
3.7 Оптимальная высота расположения унитаза по высоте:	Высота оптимальна – 1; Унитаз неудобен – 2 <b>Не использует – 3</b>	
3.7.1 Дополнительные насадки на унитаз	Есть насадки или иные ТСП – 1; Нет – 2; Не нужно – 3 <b>Не использует – 4</b>	
3.8 Скользкость пола	<b>Да, сколько (покрытие) – 1; плитка</b> Не скользко (противо-скользящий коврик, противо-скользящее покрытие) – 2; Другое – 3	
3.9 Расположение и открывание дверей: внутрь, наружу	Двери открываются внутрь – 1; <b>Двери открываются наружу – 2</b>	
3.10 Использование механизмов запираания дверей	Запоры удобны – 1; Запоры неудобны – 2; <b>Запорами не пользуется – 3</b>	
3.11 Терморегуляторы воды (не выше 50 градусов)	Установлены – 1; Не установлены, не нуждается – 2 <b>Нуждается в установке- 3</b>	

Продолжение Таблицы 64

1	2	3
<b>4 Вход в квартиру</b>		
4.1 Дверной проем оптимально по ширине	<u>Да – 1;</u> Нет, кресло-коляска не проходит, вход узкий – 2;	<i>Ширина дверных и арочных проемов не менее 0,9 м (п. 34)</i>
4.2 Высокие барьерные пороги	Да, наличие барьерных порогов – 1; <u>Есть пороги, но они не барьерны – 2;</u> Нет порогов – 3	<i>Пороги дверных коробок входных и балконных дверей оснащаются временными съёмными инвентарными пандусами (п. 35)</i>
4.3 Использование дверной ручки, замка, дверного глазка	Удобно использовать – 1; <u>Неудобно использовать (указать причину), расположен высоко – 2</u>	
4.4 Сигнализации входной двери в подъезд или квартиру	<u>Есть, используется – 1;</u> Есть, но трудности в использовании – 2 Нет – 3	
<b>5 Другие помещения в квартире (передние, прихожие, холлы, коридоры, балконы)</b>		
5.1 Наличие передней, прихожей, холла, <u>коридора(ов), балкона (ов)</u>	Выделить подчеркиванием	<i>Жилое помещение инвалида должно иметь переднюю-холл площадью не менее 4 кв. м (п. 32)</i>
5.2 Доступность передней, прихожей, холла, <u>коридора (ов), балкона (ов)</u>	Подчеркнуть доступные для инвалидов	<i>Ширина передней-холла и коридора должна быть не менее 1,6 м, при этом должно быть место для хранения кресла-коляски. Внутриквартирные коридоры – ширина не менее 1,15 м. (п. 36)</i>
5.3 Зона маневра на кресле-коляске, проезда, разворота в передней, прихожей, холле, коридоре, на балконе	Да, проезд и разворот возможны – 1; <u>Проезд возможен, разворот – нет – 2;</u> Нет, проезд и разворот невозможны – 3	
<b>6 Входной узел в многоквартирный дом</b>		
6.1 Вход в здание: лестница или пандус (указать, чем пользуется инвалид)	<u>Пользуется лестницей без приспособлений – 1;</u> Пользуется лестницей с дополнительными приспособлениями (скаломопиль, съёмный пандус и др.) – 2; Пользуется стационарным пандусом – 3; Не пользуется входом в здание – 4	<i>Крыльцо должно отвечать требованиям п. 25, лестница многоквартирного дома должна отвечать требованиям п. 26, пандус крыльца многоквартирного дома – п. 27, навес крыльца многоквартирного дома – п. 28</i>
6.2 Удобный проезда на кресле-коляске	Есть – 1; <u>Нет – 2, (установлены швеллера, но ширина их недостаточна, неправильно установлен поручень)</u> <u>Спустить помогают соседи, случайные прохожие.</u>	

Продолжение Таблицы 64

1	2	3
	<p><b><u>Установленные швеллера доставляют неудобство жильцам дома и вызывают их нарекания.</u></b>  <b><u>В здание есть второй вход, который может быть переоборудован для инвалидов</u></b></p>	
6.3 Входная площадка и тамбур: оптимальны для проезда на кресле-коляске	<p>Да – 1;  <b><u>Да, с трудом, с помощью помощников – 2;</u></b>          Нет – 3</p>	<p><i>Тамбур (тамбур-шлюз) при прямом движении и одностороннем открывании дверей должен быть не менее 2,3 м глубиной и не менее 1,5 м шириной (п. 30)</i></p>
6.4 Контроль на входе: удобен для инвалида	<p>Да – 1;          Нет, указать проблемы – 2;  <b><u>Контроль отсутствует – 3</u></b></p>	
6.5 Путь движения внутри здания до лифта: удобен для инвалида	<p>Да – 1;  <b><u>Нет – 2, указать проблемы</u></b></p>	<p><i>Внеквартирные коридоры должны отвечать п. 31</i></p>
6.6 Лифт, лестница	<p><b><u>Пользуется лифтом – 1;</u></b>          Пользуется лестницей – 2;          Не пользуется – 3</p>	
6.7 Лифт, лестница: удобны для использования инвалидом	<p>Да – 1;  <b><u>Нет – 2, указать проблемы</u></b>  <b><u>кнопка вызова грузового лифта работает только с 1-го этажа, инвалид проживает на 12-м этаже, чтобы вызвать лифт нужно просить соседей</u></b></p>	<p><i>Лестница многоквартирного дома должна отвечать требованиям п. 26</i></p>
6.8 Входные двери в здание и тамбур (удобны для использования инвалидом):	<p><b><u>Да – 1;</u></b>          Нет – 2, указать проблемы</p>	<p><i>Двери для входа в многоквартирный дом и тамбур должны отвечать требованиям п. 29</i></p>
<b>7 Придомовые и приквартирные участки</b>		
7.1 Передвижения на кресле-коляске вблизи дома	<p>Да – 1;  <b><u>Да, но с трудом – 2</u></b>          Нет – 3, указать барьеры</p>	
7.2 Покрытие придомовой территории	<p>Указать: <b><u>асфальт</u></b>, плитка, гравий, трава, неровное с ямами, другие варианты</p>	<p><i>Несколько, невибрирующее с шероховатой поверхностью (п. 23)</i></p>
7.3 Озеленение, избыточному солнечному освещению	<p><b><u>Есть озеленение – 1;</u></b>          Нет и не требуется – 2;          Нет озеленения, необходимо – 3</p>	
7.4 Места отдыха на придомовой территории	<p><b><u>Есть, приспособленные – 1;</u></b>          Есть, не доступные для инвалидов на кресле-коляске – 2;          Нет – 3</p>	

Продолжение Таблицы 64

1	2	3
7.5 Покрытие участка перед крыльцом многоквартирного дома	Рельефной тактильной полосой – 1; <b><u>Разворотной площадкой для кресла-коляски – 2</u></b> Металлические пандусы, жестко закрепленные на неровных поверхностях или на ступенях лестницы – 3 Необходимое оборудование отсутствует – 4	<i>Участки дорожного покрытия перед крыльцом многоквартирного дома оборудуются согласно п. 24</i>
7.6 Автостоянка для автотранспорта рядом со входом в дом	Есть автостоянка – 1; Нет автостоянки, но необходима – 2; <b><u>Нет необходимости – 3</u></b>	
7.7 Наличие автомобиля, которым управляет инвалид	Да – 1; <b><u>Нет – 2</u></b>	

В данном примере выявлено: пользование туалетом невозможно, т. к. он недоступен из-за узкого дверного проема. Другой важной проблемой является входной узел в дом: при входе в здание – лестница, на которой установлены швеллера и поручень, однако использование их невозможно, т. к. при их установке не соблюдались требования нормативов. Спуститься помогают соседи, случайные прохожие. Установленные швеллера доставляют неудобство жильцам дома и вызывают их нарекания. В здании есть второй вход, который в данном случае может быть оборудован для использования маломобильными гражданами. Также значимой проблемой является лифт. Кнопка вызова грузового лифта работает только с 1-го этажа, инвалид проживает на 12-м этаже, чтобы вызвать лифт нужно просить соседей.

Вышеизложенная методика апробирована при обследовании 370 человек, передвигающихся на креслах-колясках, в центрах социальной реабилитации Санкт-Петербурга. Выявлено, что полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды достигают при передвижении в жилье – от 6,7 до 20,0 % в зависимости от зоны жилого помещения.

## **6.2 Пример применения реабилитационно-экспертной диагностики инвалида с ограничением мобильности в адаптации жилья**

Приведен пример заполнения экспертного заключения о потребности маломобильного инвалида в адаптации жилья.

1. Общие сведения об инвалиде: ФИО (гражданка А.), адрес, инвалидность I группы установлена в ... году, инвалид с детства, индивидуальная программа реабилитации инвалида №, дата.

2. Результаты определения потребности инвалида в адаптации жилого помещения:

2.1 Проблемы гражданки А, связанные с передвижением:

– абсолютные ограничения передвижения (95–100 %) на пути движения от входного узла в дом до входного узла в квартиру, т. е. при движении по лестнице на 3-й этаж (здесь и далее оценка ограничений приводится в соответствии с единой шкалой измерений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, ВОЗ, 2001);

– тяжелые ограничения передвижения (50–95 %) в санузле, в жилой комнате;

– умеренные ограничения передвижения (25–49 %) на кухне, в коридоре;

– легкие ограничения передвижения (5–24 %) при входе в квартиру, на придомовой территории.

2.2 Проблемы связаны в большей степени с техническим несовершенством архитектурно-планировочных решений (прежде всего, невозможностью передвижения в кресле-коляске по лестнице); отсутствие технического оснащения, оборудования и приспособления для передвижения по квартире и в коммуникационных помещениях, при пользовании сантехническим оборудованием: ванной и унитазом.

2.3 Инвалид нуждается в первую очередь в улучшении жилищных условий на основании проживания в жилом помещении, не отвечающем установленным санитарным и техническим требованиям. Данное обстоятельство подтверждается актом обследования жилья (2013 г.), на основании которого инвалид была поставлена на очередь для улучшения жилищных условий.

Вместе с тем до получения новой жилой площади требуется разумное приспособление (по терминологии Конвенции о правах инвалидов, ООН, 2006) имеющегося жилья для устранения имеющихся барьеров, препятствующих передвижению инвалида в жилом помещении и на близлежащих объектах социальной инфраструктуры.

### 3. Результаты обследования жилого помещения гражданки А.

3.1 Общие сведения о жилье: однокомнатная квартира, где гражданка А. проживает с мужем и матерью, жилье находится в долевой собственности А. и ее матери, дом четырехэтажный, этаж проживания – 3-й; год постройки дома – 1963, серия дома – малогабаритная квартира.

### 3.2 Характеристика помещений квартиры.

Входной узел в дом. Гражданка А. испытывает абсолютные затруднения при передвижении по лестнице от входного узла в дом до квартиры: муж относит на лестницу стул, потом на руках переносит гражданку А. и таким способом с отдыхами они преодолевают 5 лестничных пролетов с 3-го этажа до выхода из дома. Лифт в доме не предусмотрен, установка его технически невозможна. Установка подъемника с 1-го на 3-й этаж также нежелательна, т. к. существенно сузит ширину ступеней и не позволит пользоваться лестницей другим людям. Высота ступеней разная от 12 до 22 см, ступени неровные, некоторые с закругленными краями. Препятствием также является порог на входном узле в дом – 4–5 см, поручень на первом пролете лестницы, т. к. он неудобен в использовании инвалидом, потому что установлен с нарушением требований свода правил.

Вход в квартиру. Двери самостоятельно открыть не может из-за затруднений в передвижении по коридору и затруднений в движениях кисти; необходимо дистанционное запорно-переговорное устройство для входной двери в квартиру.

Санузел совмещенный, размером 2,0 м x 1,22 м, гражданка А. пользуется туалетом и ванной самостоятельно, но при этом испытывает значительные проблемы, связанные как с функциональными нарушениями, так и с несовершенством архитектурно-планировочным решений помещений: въезд в ванну на кресле-коляске невозможен из-за узкого дверного проема; возможно передвижение на ходунках с помощью ортезов на нижних конечностях; также барьером является отсутствие адекватных поручней для помощи инвалиду при использовании унитаза; пол скользкий, требуется противоскользящее покрытие; значительные затруднения при принятии душа, т. к. бортик ванны является высоким барьером, возможна установка душевой кабины с низкой высотой бортика или душевого уголка, а также раковины для умывания, для использования ванны как временной меры необходимы поручни или надставка для входа в ванну; затруднен уход за одеждой из-за нарушений двигательных функций рук (мелкой моторики), возможна установка узкой стиральной машины, обучение пользованию ею. Из-за нарушений мелкой моторики рук требуется кран с удобной для открывания ручкой, например, рычажный.

Жилая комната. Комната неправильной формы со встроенным шкафом; площадь около 16 кв. м, размер 5,5 м x 3,0 м. Разделена воздушной перегородкой на две части: в одной проживает мать, в другой части – спальное место и предметы мебели гражданки А. с мужем. Комната содержит большое число предметов мебели, т. к. живут две семьи. Тяжелые проблемы (50–95 %) при передвижении в кресле-коляске по комнате из-за отсутствия места. Может достать предметы с нижних или средних полок шкафа, стеллажа в зоне досягаемости, возможен подход к столу и окну, выключатель света находится в зоне досягаемости. В основном, гражданка А. передвигается в пределах кровати



(в комнате разложен диван). Инвалид нуждается в дополнительной жилой площади в соответствии с п. 8 Перечня заболеваний..., утвержденным постановлением Правительства РФ от 21.12. 2004 № 817.

Коридор. Коридор узкий, заставлен мебелью, проезд на кресле-коляске затруднен, возможен только на ходунках.

Кухня. Площадь 5,3 м. При использовании кухни испытывает умеренные проблемы (25–49 %) из-за отсутствия места для разворота на кресле-коляске, поэтому пищу принимает в комнате. Испытывает сложности при использовании крана и вентилей газовой плиты в связи с наличием функциональных нарушений кистей обеих рук. Необходимое обустройство мебели произведено силами семьи – приподнята мебель, сделаны стеллажи в зоне досягаемости инвалида.

Придомовой участок. Испытывает незначительные проблемы на придомовом участке: ямы на асфальте препятствуют проезду на кресле-коляске. У гражданки А. имеется автомобиль «Ока» с ручным управлением, которым она управляет, также гараж, в котором предусмотрено место для хранения прогулочного кресла-коляски.

Изучение проблем доступности объектов социальной инфраструктуры в зоне проживания инвалида: районная поликлиника, диагностический центр №... – установлены пандусы, но без соблюдения нормативных требований, поэтому входы на объект практически недоступны; нет доступных аптек в зоне проживания; автобусы по маршрутам практически недоступны, т. к. водители не информированы, не выполняют необходимых действий для посадки колясочника в автобус. Доступны для инвалида такие объекты в зоне проживания как банки, спортивный центр, органы власти, большие супермаркеты, которые инвалид посещает регулярно.

Заключение.

1. Квартира гражданки А. не отвечает установленным требованиям доступности жилого помещения.

2. Имеющиеся у гражданки А. барьеры в жилом помещении, которые необходимо и возможно частично устранить архитектурно-планировочными решениями, позволяют включить нуждаемость в ИПРА, в раздел «Рекомендации по оборудованию жилого помещения, занимаемого инвалидом, специальными средствами и приспособлениями», в пункт 1. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции опорно-двигательного аппарата, в том числе использующих кресла-коляски и иные вспомогательные средства передвижения.

3. Рекомендованы следующие архитектурно-планировочные решения, которые необходимо включить в перечень адаптации квартиры и общих помещений в многоквартирном доме:

а) на путях движения от входного узла в дом до квартиры:

– предоставление по мере надобности (примерно 3–4 раза в неделю) лестничного подъемного устройства типа «лестницеход» (код 12 17 03 по ГОСТ Р ИСО 9999-2014) для передвижения по неровным ступенькам лестницы по адресу проживания;

– обучение помощника (члена семьи) пользованию «лестницеходом»;

– устранение дефектов при устройстве поручня в первом пролете лестницы в соответствии с нормативными требованиями;

б) на входе в квартиру:

– установка дистанционного запорно-переговорного устройства для входной двери в квартиру (домофона код 22 24 30 по ГОСТ Р ИСО 9999-2014);

в) в санузле:

– установка поручней для самоподнимания угловых и линейных;

– установка крана для умывания с рычажной рукояткой;

г) на кухне:

– установка крана с рычажной рукояткой;

д) на придомовом участке:

– устранение ям на асфальте на придомовой территории.

В целом, рекомендуемые мероприятия позволят уменьшить выраженность барьеров жилой среды и будут способствовать расширению самостоятельной активности и участия инвалида в быту и социальной жизни (посещение бассейна, магазина, прогулки и др.).

### **6.3 Организационные меры по адаптации жилья инвалидов с ограничением мобильности**

Адаптация квартир инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, проведена в соответствии с Планом мероприятий долгосрочной целевой программы «Улучшение качества жизни детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями в Ленинградской области» на 2012–2014 гг., утвержденного постановлением правительства Ленинградской области от 14.05.2012 (в ред. 06.02.2013). Совместное финансирование данных работ из областного и местного бюджета, а также возможное финансирование из других источников позволили в Ленинградской области переоборудовать с учетом потребностей инвалидов в течение указанного срока 34 квартиры. Во Всеволожском районе Ленинградской области была апробирована организационная технология по адаптации жилых помещений в многоквартирных домах, в которых проживают дети-инвалиды, имеющие медицинские показания к обеспечению креслом-коляской.

В организации адаптации квартир участвовали специалисты из органов социальной защиты населения, медико-социальной экспертизы, привлеченные эксперты. Анализ данной деятельности позволил выделить несколько этапов и сформировать, по сути, организационную технологию обустройства квартир инвалидов с ограничением мобильности, выполняемую при государственной поддержке.

Первый этап. Предварительный отбор участников данной программы специалистами органов социальной защиты инвалидов, исходя из анализа данных социальных паспортов семей, имеющих ребенка-инвалида, передвигающегося на кресле-коляске.

Второй этап. Подготовка экспертного заключения мультидисциплинарной командой, в котором на основании результатов определения потребности ребенка-инвалида в адаптации жилого помещения и результатов обследования квартиры сделаны выводы о конкретных архитектурно-планировочных преобразованиях квартиры.

Третий этап. Разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида с внесением в раздел «Мероприятия по социальной реабилитации» в графу «социально-бытовая адаптация» записи о нуждаемости в «мероприятиях по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности». В ИПР в качестве исполнителя указывался орган социальной защиты населения. Основанием для внесения соответствующей формулировки в ИПР ребенка инвалида является национальный стандарт ГОСТ Р 54738-2011 Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов (пункт 5.5.1); исполнитель – орган социальной защиты населения. Данное организационное решение позволило придать рекомендациям легитимный, обязательный для исполнения характер. Ребенок был направлен на МСЭ органом социальной защиты населения по форме направления, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 25.12.2006 № 874.

Четвертый этап. Подготовка сметной документации инженером-сметчиком с конкретными расчетами на демонтаж, ремонтные работы, закупку и установку оборудования и др.

Пятый этап. Заключение муниципального контракта на работы по адаптации квартиры. Выполнение соответствующих работ.

Шестой этап. Отметка о выполнении в индивидуальной программе реабилитации ребенка-инвалида, оценка эффективности данной работы.

Эффективность данной деятельности оценена по следующим индивидуальным критериям – изменение степени выраженности затруднений передвижения и самообслуживания ребенка при выполнении данных видов жизнедеятельности им самостоятельно (таблица 65).

Таблица 65 – Оценка жизнедеятельности инвалидов до и после мероприятий по адаптации квартиры

До обустройства квартиры			После обустройства квартиры		
Основные ограничения жизнедеятельности по МКФ	Инвалиды		Основные ограничения жизнедеятельности по МКФ	Инвалиды	
	Абс.	%		Абс.	%
1	2	3	4	5	6
d460.3 и d460.4 выраженные и значительно выраженные затруднения передвижения в различных местах квартиры	34	100,0	d450.1 легкие затруднения передвижения в различных местах квартиры	25	73,5
			d450.2 умеренные затруднения передвижения в различных местах квартиры	9	26,5
d5101.3 и d5101.4 значительно выраженные затруднения мытья всего тела	34	100,0	d5101.1 легкие затруднения мытья всего тела	12	35,3
			d5101.2 умеренные затруднения мытья всего тела	22	64,7
d530.3 и d530.4 выраженные и значительно выраженные затруднения при физиологических отправлениях	34	100,0	d530.1 легкие затруднения при физиологических отправлениях	16	47,0
			d530.2 умеренные затруднения при физиологических отправлениях	18	53,0

Экспертно значимые ограничения жизнедеятельности у инвалидов: выраженные и значительно выраженные затруднения передвижения в различных местах квартиры только путём адаптации квартиры сменились легкими и умеренными (при условии использования ТСР), значительно выраженные

затруднения мытья всего тела и выраженные и значительно выраженные затруднения при физиологических отправлениях – также, соответственно.

Таким образом, данная организационная технология позволила выявить определенные сложности и риски в проведении подобных работ, связанные как с проблемами конкретной семьи, так и с недостатками функционирования системы реабилитации и социальной интеграции в целом. Так, в малогабаритных квартирах, где совместно проживают несколько человек, сложно учесть интересы всех членов; некоторые элементы адаптации жилья, в которых нуждается человек, бывают технически невозможны в давно построенном жилье; завышенный интерес родственников в ремонте всей квартиры, не только в переобустройстве тех ее элементов, которые являются барьерами для человека на кресле-коляске, но и других элементов, улучшающих эстетичность жилья.

Системные риски связаны с правовым несовершенством (отсутствуют правовые нормы, регламентирующие помощь государства в решении вопросов адаптации жилья лиц, проживающих в частных домах, в приватизированном жилье), с организационными сложностями (система оказания государственной помощи многоэтапна и затратна по времени, действия специалистов нуждаются в согласовании, отсутствует система мониторинга потребностей детей-инвалидов в адаптации жилья для планирования финансовых затрат и др.).

**ГЛАВА 7. КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ  
В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:  
ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЙ ПОДХОД, УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛЬ**

Основой концепции комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности являются их потребности, анализ которых основан на биопсихосоциальной модели инвалидности МКФ, включающей факторы функционирования, активности и участия, личностные факторы в контексте окружающей среды, а также на действующем нормативном правовом регулировании. В предыдущих главах были выделены следующие факторы, определяющие потребности инвалидов с ограничением мобильности в мерах реабилитации или абилитации:

- возраст и социально-гигиенические характеристики (для развития отдельных направлений, например, ранней помощи, медико-социальной геронтологической помощи и др.);
- место проживания (географический район, город / село, семьи, социальные учреждения и др.);
- особенности функционирования, зависящие от нозологической формы заболеваний, последствий травм и дефектов;
- особенности ограничений жизнедеятельности по категориям и степени выраженности;
- нуждаемость в мероприятиях медицинской, профессиональной, социальной, психолого-педагогической реабилитации, технических средствах реабилитации;
- нуждаемость инвалидов в помощи для преодоления барьеров в жилом помещении и на объектах социальной инфраструктуры.

Концепция (от лат. *conceptio* – «система понимания») комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности основана на биопсихосоциальной парадигме инвалидности и представляет собой научно-обоснованный взгляд на феномен инвалидности, учитывающий не только влияние на индивидуума нарушений функций и структур организма, его активности и участия, но условий социальной среды или факторов «окружающей среды» (в терминологии МКФ), а также предполагающая определенное взаимовлияние указанных факторов друг на друга. Концепция предполагает наличие четких организационно-правовых механизмов ее внедрения: системы, органов и механизмов управления системой комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, оценку ее эффективности, в том числе за счет федеральных и региональных программ финансирования.

### **7.1 Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности в субъектах Российской Федерации**

Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности основана на МКФ и представлена тремя компонентами: федеральным, региональным и учрежденческим / индивидуальным (рисунок 21)





Рисунок 21 – Основные звенья системы комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности на федеральном, региональном, учрежденческом / индивидуальном уровнях

Реабилитация инвалидов с ограничением мобильности выходит за рамки сфер здравоохранения или социальной защиты и поэтому нуждается в управлении на разных уровнях.

**Федеральный уровень.** Изучение нормативных правовых документов Российской Федерации и литературных источников, проведенное в свете разработанной идеологии проф. М. В. Коробова, 1996, работ О. С. Андреевой, 2000, показало, что система реабилитации / абилитации состоит из следующих звеньев:

– методологического (наличие в отдельных субъектах Российской Федерации ресурсных / методических центров по развитию реабилитации и / или ее отдельным аспектам, учреждений, развивающих научные знания, представления, технологии и др.);

– нормативно-правового (развитие в отдельных субъектах Российской Федерации нормативной правовой базы реабилитации инвалидов во всех ее аспектах);

– финансового (финансирование развития системы реабилитации и создание доступной среды посредством программ субъекта РФ – программно-целевой метод);

– инфраструктурного (учреждения различной ведомственной принадлежности и форм собственности, оказывающих услуги по реабилитации или иные услуги, например социальные, суть которых сводится к реабилитации);

– индустриально-технического (производители и поставщики технических средств реабилитации);

– управленческого (ИОГВ субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, социальной защиты населения, труда и занятости, образования и просвещения, физической культуры и спорта, а также внебюджетные фонды, Координационные советы, советы по делам инвалидов, межведомственные комиссии и др.);

– общественного (общественные организации инвалидов и родителей детей-инвалидов, пациентские организации и др.);

– информационного;

– кадрового.

Под термином «система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с ограничением мобильности» мы понимаем совокупность методологических, правовых, методических, финансовых, организационных и инфраструктурных компонентов, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы с учетом особенностей нарушений здоровья и

жизнедеятельности инвалидов, профилактику инвалидности (в том числе оказание ранней помощи) и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов и /или их семей, на основе внутриведомственного, межведомственного и /или междисциплинарного взаимодействия для полного или частичного восстановления / формирования способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Однако в настоящее время требуется правовое закрепление понятия «система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов». Данная система, построенная по смешанному отраслевому и функциональному признакам, сложна, что объясняет ее сбои, требует повышенного внимания к вопросам управления, организации и поддержания субординационных и координационных связей.

С 2011 г. в России реализуется государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2025 годы. Подпрограммой «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» определены службы, ведомства и фонды, формирующие систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на уровне Российской Федерации (рисунок 22). На рисунке знаком \* выделены федеральные исполнительные органы власти (ФИОВ), в задачи которых входит содействие в организации исполнения ИПРА в субъекте Российской Федерации.

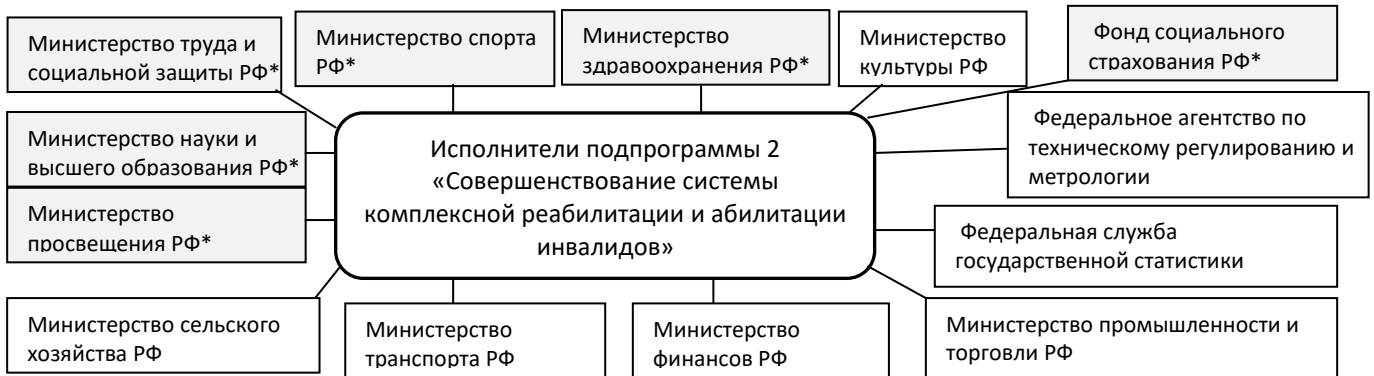


Рисунок 22. Службы, ведомства и фонды, формирующие систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации

Проанализированы программы в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Условно их можно разделить на пять уровней, цели, задачи и механизмы функционирования которых существенно различаются (рисунок 23).

Запланировано к 2025 г. достижение определенных результатов развития системы комплексной реабилитации и абилитации в стране, на измерение которых направлены 15 показателей государственной программы «Доступная среда» на 2011–2025 годы, характеризующих:

- систему реабилитации и абилитации (2 показателя);
- протезно-ортопедическую отрасль и механизмы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (7 показателей);
- систему образования (4 показателя);
- занятость инвалидов (2 показателя).

В частности, уже к 2021 г. все субъекты Российской Федерации должны будут утвердить планы (программы) по формированию системы комплексной реабилитации инвалидов, что подтверждается прогнозируемой динамикой показателя 2.1 «Доля субъектов Российской Федерации, имеющих план мероприятий по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в общем количестве

субъектов РФ». Так, доля регионов, имеющих такой план, в общем количестве субъектов РФ в 2018 г. составила 2,4 %; в 2019 г. планируется 46,2 %, в 2021 г. – 100 %, соответственно.

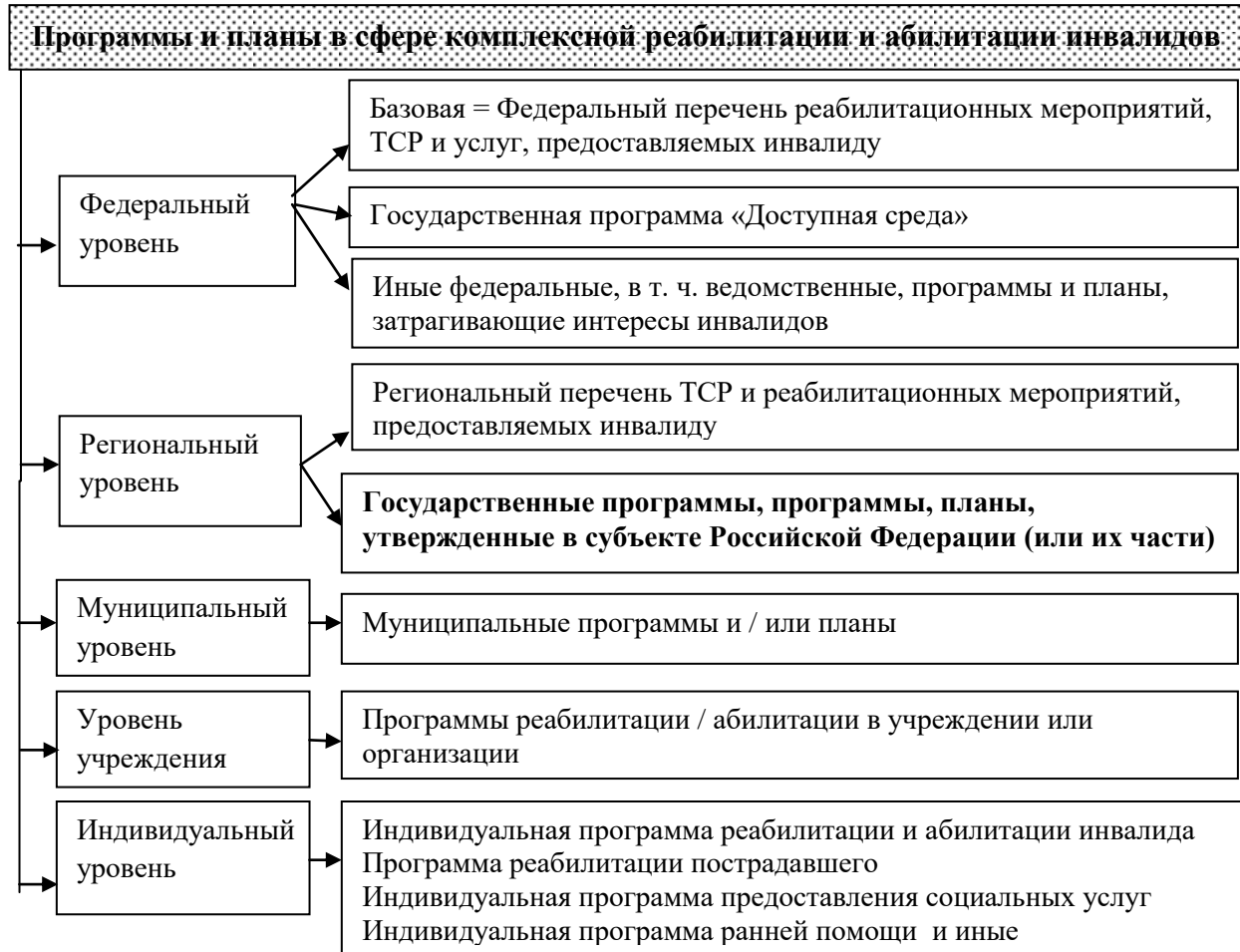


Рисунок 23 – Программы в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов

**Региональный уровень.** Несмотря на предпринимаемые усилия, деятельность системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов далека от идеала. В субъектах Российской Федерации наблюдается существенный дисбаланс в развитии представленных звеньев, в отдельных субъектах – их отсутствие. В силу значительного числа компонентов, включая различные по подчиненности и статусу органы / организации / учреждения, участвующие в той

или иной мере в реабилитации инвалидов, на практике возникают значительные сложности в управлении данной системой.

Контент-анализ действующих региональных программ субъектов Российской Федерации по реабилитации и абилитации позволил систематизировать:

а) методы финансирования системы в субъектах РФ (средства консолидированного бюджета субъекта РФ, субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации, средства самого инвалида и других не запрещенных законом источников);

б) ответственные за исполнение мероприятий ИПРА органы власти, их основные задачи и полномочия;

в) приоритетные мероприятия (обязательные и факультативные), проводимые в рамках региональной программы;

г) оценку сложившихся компонентов системы реабилитации и абилитации в субъектах Российской Федерации.

Анализ 56 программ и планов субъектов РФ (2018 г.) показал необходимость формирования системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы в 16 регионах страны (менее 7,2 баллов); в 24 субъектах Российской Федерации показана необходимость совершенствования системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы (от 7,2 до 13 баллов); 16 субъектов Российской Федерации результаты оценки не представили. Подобная оценка в двух пилотных регионах, представленная в качестве примера, иллюстрируют необходимость дальнейшего развития системы комплексной реабилитации / абилитации инвалидов на данных территориях (таблица 66). Критерии оценки представлены в приказе Минтруда России от 30.06.2017 № 545.

Таблица 66 – Показатели оценки действующей региональной системы комплексной реабилитации инвалидов в пилотных субъектах РФ (2018)

Критерии оценки	Результаты оценки ИОГВ субъекта РФ, баллы	
	Пермский край	Свердловская область
Сформированность комплексного подхода к организации региональной системы	5	4,3
Удовлетворенность инвалидов (их законных или уполномоченных представителей) реабилитационными или абилитационными мероприятиями (услугами)	0,8	0,8
Укомплектованность организаций, предоставляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия, специалистами соответствующего профиля, исходя из потребностей инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях	0,9	1,3
Сформированность информационной базы региональной системы, учитывающей информацию о потребностях инвалидов в реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях	1	2,8
Итоговая оценка региональной системы реабилитации	8,7	9,2

Приказом Минтруда России от 30.06.2017 № 545 регламентировано, что результатом проведения оценки региональной системы являются следующие решения:

а) о необходимости формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы – при итоговом результате оценки региональной системы менее 7,2 баллов;

б) о необходимости совершенствования региональной системы – при итоговом результате оценки региональной системы от 7,2 до 13 баллов;

в) о сформированности региональной системы – при итоговом результате оценки региональной системы 13 баллов.

Следовательно, результаты оценки в пилотных субъектах РФ показали необходимость развития региональной системы комплексной реабилитации / абилитации инвалидов.

В Российской Федерации предполагается существенный рост реабилитационных организаций, подлежащих включению в региональную систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Если в 2018 г. доля таких организаций в общем числе реабилитационных организаций, расположенных в субъектах РФ составила 12 %, то к 2023 г. достигнет 100 %, соответственно (по данным ГП «Доступная среда» на 2011–2025 годы»).

С 2016 г. после вступления в силу Правил обеспечения доступности для инвалидов жилых помещений сформирован организационный процесс обследования жилья инвалида (рисунок 24). Однако вопрос взаимодействия учреждений МСЭ и межведомственных комиссий в полной мере не решен.

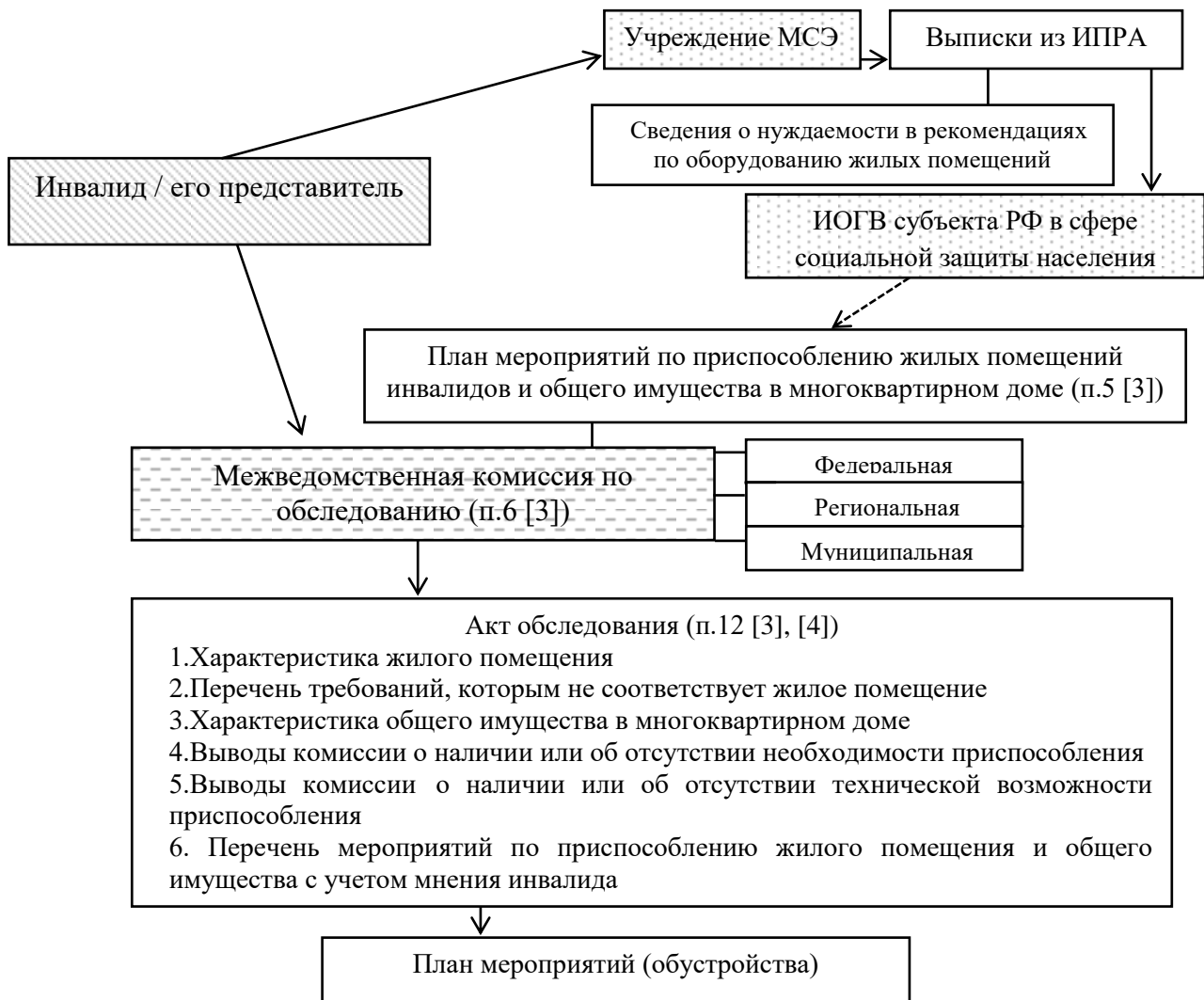


Рисунок 24 – Схема организации обследования жилья инвалида с целью приспособления (адаптации)



Обязанность по информированию учреждений МСЭ об исполнении рекомендаций по оборудованию жилого помещения, занимаемого инвалидом (ребенком-инвалидом) в свете новой модели управления системой реабилитации инвалидов, введенной в действие с 2016 г., возложена на ИОГВ субъекта РФ в сфере социальной защиты населения (рисунок 25).

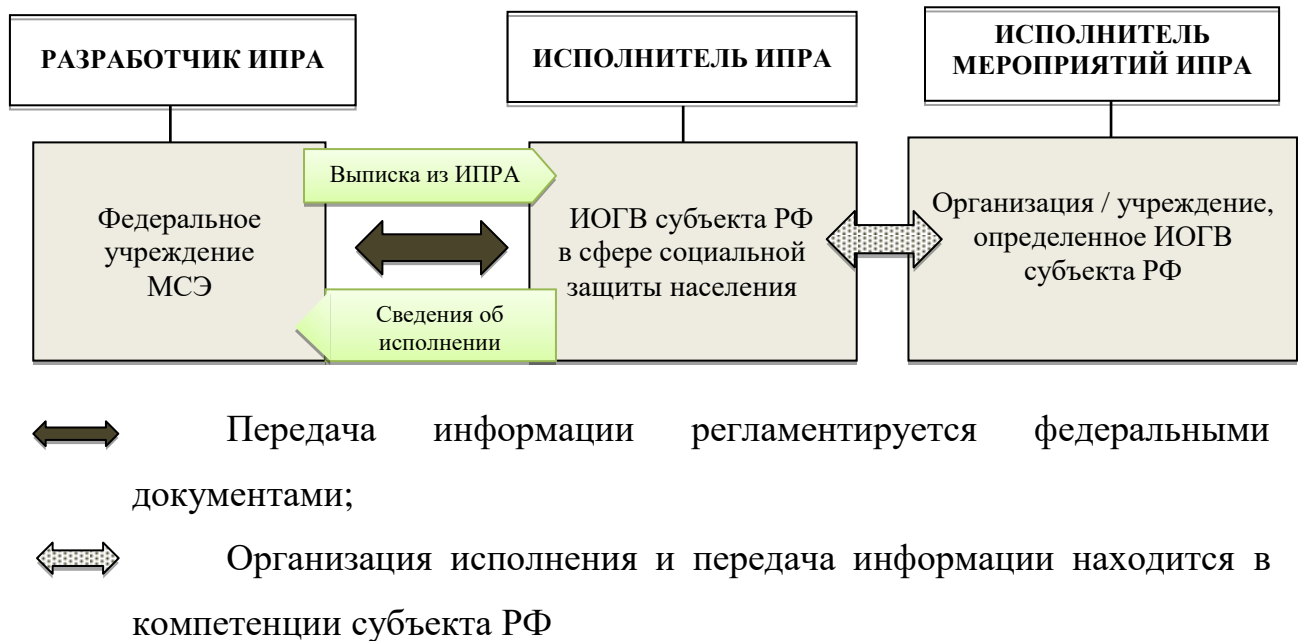


Рисунок 25 – Информационная модель исполнения рекомендаций по оборудованию жилого помещения, занимаемого инвалидом (ребенком-инвалидом)

Результаты изучения региональных целевых программ в сфере реабилитации инвалидов показали (2012 г.), что из 81 программы лишь в 7 субъектах РФ были запланированы мероприятия по обустройству жилья. На выполнение различных мер было выделено соответствующее финансирование из бюджета субъекта РФ (таблица 67).

Таблица 67 – Примеры мероприятий программ субъектов РФ по адаптации жилья для инвалидов с выделением финансирования

№	Запланированные мероприятия и финансирование	Субъект РФ
1	Адаптация объектов жилого фонда и жилой среды инвалидов: предоставление социальной выплаты (компенсации) инвалидам-колясочникам на пристройку пандуса, балкона / лоджии с пандусом (пандуса к балкону / лоджии), обустройство автономных выходов для инвалидов-колясочников, живущих на первых этажах	Амурская область
2	Адаптация жилых помещений инвалидов: обеспечение съемными и стационарными пандусами для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, в том числе компенсация затрат на приобретение и установку оборудования, облегчающего движение инвалидов внутри и снаружи помещения	Еврейская АО
3	Приобретение переносных раздвижных телескопических пандусов для приспособления жилых помещений инвалидов	Забайкальский край
4	Обеспечение инвалидам, передвигающимся на креслах-колясках, находящимся в трудной жизненной ситуации, реконструкции жилых помещений с учетом мероприятий, обеспечивающих их доступность, свободное передвижение в них; оснащение специальными устройствами	Карачаево-Черкесская Республика
5	Оказание адресной помощи инвалидам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата	Республика Адыгея
6	Приобретение специальных устройств, приспособлений, технических средств реабилитации в целях создания условий доступности для инвалидов-колясочников жилых помещений, входных групп в жилых домах	Свердловская область
7	Оказание адресной социальной помощи проживающим в регионе инвалидам (семьям инвалидов) на проведение ремонтных и восстановительных работ жилых помещений в порядке, установленном Правительством субъекта РФ	Тульская область

Реформирование административно-государственного управления в системе реабилитации / абилитации инвалидов проведено на отраслевой и межотраслевой основе и требует развития единых информационных систем и реорганизации механизмов взаимодействия всех участников разработки и реализации ИПРА (рисунок 26).

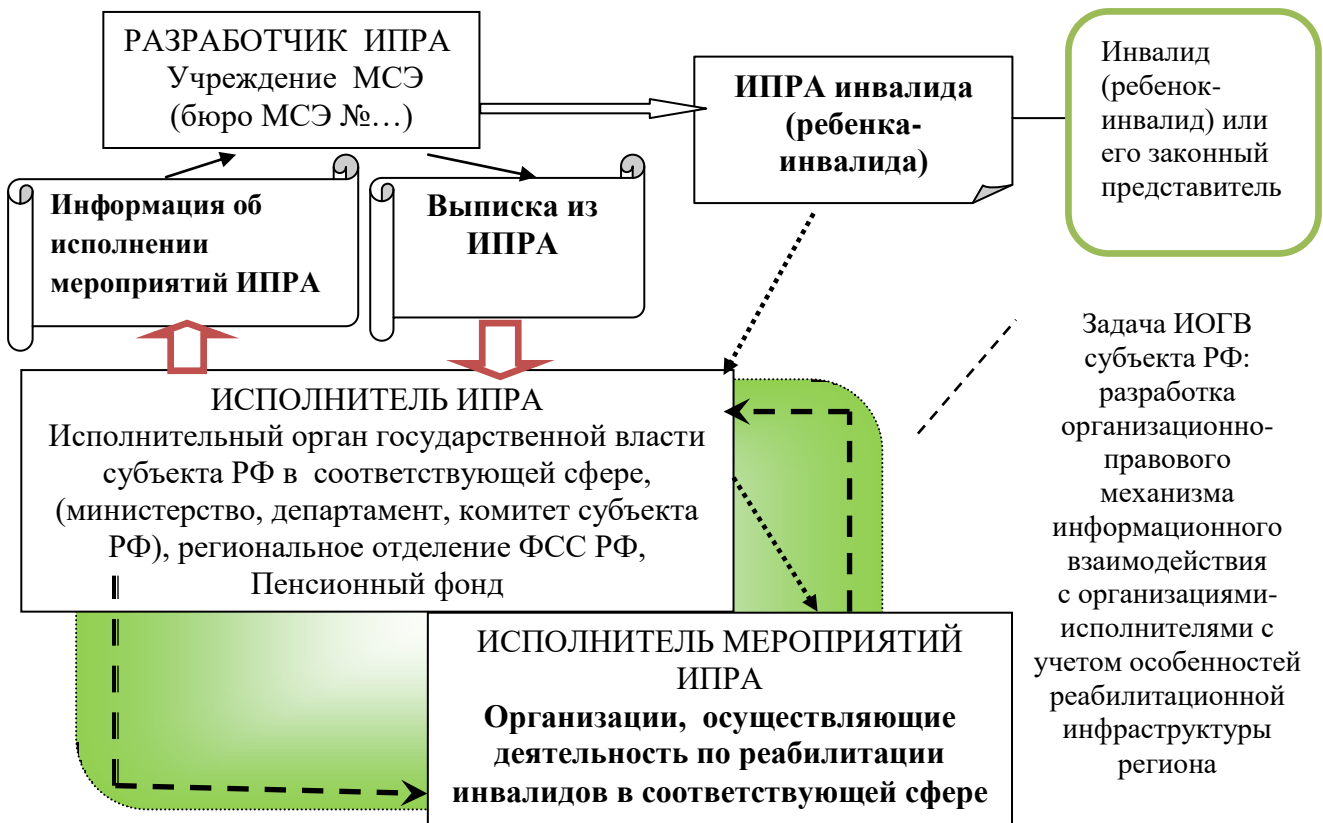


Рисунок 26 – Взаимодействие разработчиков и исполнителей ИПРА (с 2016 г.)

Как представлено на рисунке 26, выделены два уровня управления реабилитацией / абилитацией инвалида, регламентируемых федеральными нормативными правовыми документами:

а) *индивидуальный уровень*: ИПРА инвалида, выданная ему или его законному представителю на руки учреждением МСЭ; именно с этим документом гражданин обращался к исполнителю ИПРА (в том числе в ИОГВ субъекта Российской Федерации по сфере компетенции);

б) *уровень системы реабилитации*: посредством документооборота без участия ИПРА, а на основании Выписки из ИПРА, направленной из учреждения МСЭ в ИОГВ субъекта РФ, и сводной информации (информации об исполнении возложенных ИПРА мероприятий).

Организационно-управленческие основы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя, в том числе, определение и разграничение полномочий при разработке и реализации

программы субъекта Российской Федерации между федеральными учреждениями МСЭ, органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органами исполнительной власти муниципалитета.

По сравнению с ранее действовавшей (в период с 2004 по 2015 г.) моделью реализации ИПР инвалида новая модель реализации ИПРА имеет существенные отличия (рисунок 27).



Рисунок 27 – Новая модель менеджмента системы реабилитации инвалидов с ограничением мобильности с участием ИПРА в Российской Федерации (с 2016 г.)

Основные из них:

а) правозащитные – включение государственных органов исполнительной власти в разных сферах жизнедеятельности в механизм исполнения реабилитационных мероприятий, что исключает дискриминацию инвалидов по признаку инвалидности;

б) нормативные правовые – для реализации новой модели внесены соответствующие изменения во всю «законодательную пирамиду», т. е. в федеральные законы, в постановления Правительства РФ, в приказы министерств и ведомств; организационно-методические, связанные с изменением организационных звеньев системы реабилитации и путей их взаимодействия;

в) структурные – в комплексной реабилитации / абилитации появились новые структурно-функциональные звенья: разработчик ИПРА (федеральные учреждения МСЭ), исполнитель ИПРА (ИОГВ субъекта РФ в соответствующей сфере) и исполнитель мероприятий ИПРА (учреждения и организации).

Для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе и детей-инвалидов, в субъекте РФ требуется совершенствование нормативной правовой и методической базы субъекта РФ, направленной на реализацию мероприятий ИПРА инвалида или ребенка-инвалида по двум аспектам: 1) взаимодействие разработчика ИПРА и исполнителя ИПРА и 2) взаимодействие исполнителя ИПРА и исполнителя мероприятий ИПРА.

Направления административно-государственного управления, требующие формализации в виде нормативных правовых, организационно-распорядительных и методических документов при взаимодействии разработчика ИПРА (учреждения МСЭ) и исполнителя ИПРА (ИОГВ субъекта РФ):

– принятие правового документа (соглашения, договора и др.), регламентирующего порядок и механизмы взаимодействия учреждения МСЭ и ИОГВ в конкретном субъекте Российской Федерации с учетом его специфики (географического положения, территории, развития системы социальной защиты и реабилитационной инфраструктуры, наличия государственных, муниципальных, частных организаций, предоставляющих услуги, наличия информационно-аналитических центров и др.);

– организация информационных потоков: подключение заинтересованных ИОГВ субъекта РФ к единой системе межведомственного электронного взаимодействия и ее региональных систем;

– при отсутствии доступа к вышеуказанной системе – создание порядка обмена персональными данными на бумажном носителе;

– выделение работника в органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации, ответственного за информационный обмен между учреждениями, при необходимости – его дополнительная профессиональная подготовка;

– мониторинг ИОГВ субъекта РФ сроков реализации ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) и, соответственно, сроков направления сводной информации об исполнении мероприятий ИПРА из органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в учреждение МСЭ;

– решение вопросов взаимодействия органов исполнительной власти субъекта РФ друг с другом, а также региональным отделением Фонда социального страхования РФ, Пенсионным фондом – для решения смежных вопросов реализации ИПРА; на практике сложился комплексный подход в оказании реабилитационных услуг, например, в учреждениях социальной реабилитации могут быть оказаны инвалиду и образовательные услуги, и профориентационные услуги, и некоторые услуги по медицинской реабилитации, а за их исполнение отвечают не органы социальной защиты населения, а иные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации (в сфере охраны здоровья, занятости и т.д.);

– мониторинг ИОГВ субъекта РФ всех учреждений (государственной, частной систем), предоставляющих услуги по реабилитации инвалидов (создание «банка данных об учреждениях», реестра реабилитационных учреждений и т.п.); систематизация и унификация данной работы с использованием единой автоматизированной системы;

– развитие соответствующим органом исполнительной власти субъекта РФ реабилитационной инфраструктуры региона – для удовлетворения потребностей инвалидов в мероприятиях по реабилитации, рекомендованных ИПРА.

В субъекте РФ при взаимодействии исполнителя ИПРА (ИОГВ субъекта РФ) и исполнителя мероприятий ИПРА также требует решения ряд вопросов:

– организация рациональной деятельности ИОГВ субъекта РФ по разработке конкретного перечня мероприятий с указанием исполнителей и сроков исполнения конкретных мероприятий: может быть выполнена только после проведения диагностической работы с инвалидом по выявлению его конкретных потребностей в отдельных мероприятиях по реабилитации или абилитации, что весьма затруднительно реализовать в органе власти, поэтому возможно привлечение иных учреждений, организаций (например, реабилитационных центров и др.); определение порядка и технологий этой работы, в том числе в едином информационном пространстве;

– сопряжение и согласованность работы по выполнению мероприятий по реабилитации или абилитации с системой социального обслуживания и индивидуальной программой предоставления социальных услуг, с мероприятиями Концепции ранней помощи и др.;

– унификация форм передачи информации от исполнителя мероприятий ИПРА к исполнителю ИПРА (из учреждений в ИОГВ субъекта РФ);

– организация информационно-статистического учета инвалидов на уровне реабилитационных учреждений, т. е. исполнителя мероприятий ИПРА.

Программный подход служит важнейшим инструментом государственного менеджмента. Программа субъекта Российской Федерации разрабатывается с целью создания условий для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на региональном уровне.

Опыт показывает, что в субъектах Российской Федерации действуют государственные программы в данной сфере (или близкие по смысловому содержанию), либо межведомственные планы (программы).

Развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является предметом совместного ведения федеральных, региональных и муниципальных органов власти, а также организаций, независимо от

организационно-правовых форм. Анализ нормативно-правовых актов показал, что указанные ниже полномочия крайне слабо и нечетко сформулированы в нормативных правовых документах (за исключением, в определенной степени, учреждений медико-социальной экспертизы).

Полномочия учреждений МСЭ в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя:

- установление инвалидности;
- разработку ИПРА;
- направление Выписки из ИПРА в ИОГВ субъекта Российской Федерации, региональное отделение ФСС Российской Федерации, Пенсионный фонд;
- получение информации о реализации мероприятий ИПРА;
- оценку выполнения мероприятий ИПРА по аспектам реабилитации / абилитации;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- статистический государственный учет выполнения мероприятий ИПРА по медицинской, профессиональной, социальной и психолого-педагогической реабилитации или абилитации;
- участие в разработке региональных программ в сфере комплексной реабилитации инвалидов.

Полномочия ИОГВ субъекта РФ в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов должны включать в себя:

- участие в реализации государственной социальной политики в отношении инвалидов на территории субъекта РФ;
- принятие нормативных правовых актов в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов на основании федеральных документов;
- разработку, утверждение и реализацию региональных программ;
- содействие трудоустройству и организации занятости инвалидов;



- осуществление деятельности по подготовке кадров для системы реабилитации;
- содействие общественным объединениям инвалидов;
- обеспечение государственных гарантий реализации права детей–инвалидов на получение дошкольного и школьного образования;
- организацию предоставления среднего профессионального образования, а также дополнительного образования детей и взрослых;
- обеспечение детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, жилыми помещениями;
- организацию оказания населению субъекта Российской Федерации гарантированных законами видов медицинской помощи;
- социальную поддержку и социальное обслуживание инвалидов, опеку и попечительство;
- организацию и обеспечение отдыха и оздоровления детей;
- осуществление региональных и межмуниципальных программ и проектов в сфере комплексной реабилитации инвалидов;
- содействие в организации проведения независимой оценки качества оказания услуг.

На уровне исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации действует отраслевой принцип осуществления полномочий в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (таблица 68). Эти полномочия являлись важным организационно-управленческим фактором при разработке и реализации программы субъекта Российской Федерации.

Таблица 68 – Основные задачи ИОГВ субъекта Российской Федерации  
в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов

Наименование ИОГВ	Основная деятельность
ИОГВ в сфере социальной защиты населения	– организация реализации мероприятий социальной реабилитации ИПРА; – мониторинг реабилитационной инфраструктуры региона в сфере социальной защиты населения; – развитие реабилитационной инфраструктуры региона в сфере социальной защиты инвалидов;
ИОГВ в сфере занятости	– организация реализации мероприятий профессиональной реабилитации ИПРА; – мониторинг реабилитационной инфраструктуры региона в сфере профессиональной реабилитации инвалидов; – развитие реабилитационной инфраструктуры региона в сфере профессиональной реабилитации инвалидов;
ИОГВ в сфере образования	– организация реализации мероприятий психолого-педагогической реабилитации ИПРА ребенка-инвалида; – мониторинг реабилитационной инфраструктуры региона в сфере психолого-педагогической реабилитации инвалидов; – развитие реабилитационной инфраструктуры региона в сфере психолого-педагогической реабилитации инвалидов;
ИОГВ в сфере охраны здоровья	– организация реализации мероприятий медицинской реабилитации ИПРА; – мониторинг реабилитационной инфраструктуры региона в сфере медицинской реабилитации инвалидов; – развитие реабилитационной инфраструктуры региона в сфере медицинской реабилитации инвалидов;
ИОГВ в сфере физической культуры и спорта	– организация реализации мероприятий по физической культуре и спорту ИПРА; – мониторинг реабилитационной инфраструктуры региона по физической культуре и спорту; – развитие реабилитационной инфраструктуры региона в сфере физической культуры и спорта инвалидов

Перечень и объем полномочий исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации определяет объем основных программных мероприятий и их характеристику. Необходимо более детально в законодательных и нормативных актах разграничить соответствующие полномочия между федеральными учреждениями, различными ИОГВ субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере, региональными отделениями внебюджетных фондов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

Ресурсное обеспечение программы субъекта РФ включает в себя:

а) обоснование потребностей в ресурсах для достижения цели и результатов программы;

б) финансовое обеспечение с распределением расходов по годам, статьям, источникам финансирования.

Финансирование мероприятий по комплексной реабилитации инвалидов планируется за счет:

1) средств консолидированного бюджета субъекта РФ (в том числе средств бюджетов муниципальных районов и городских округов).

2) субсидий федерального бюджета для достижения федеральных целевых показателей;

3) планируемых средств на обеспечение инвалидов ТСР.

Необходимый перечень мероприятий по комплексной реабилитации в субъекте РФ:

– организация межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, сотрудничество государственных и негосударственных организаций;

– разработка и внедрение стандартов по различным аспектам комплексной реабилитации, стандартизация реабилитационных услуг;

– внедрение ранней помощи и сопровождения в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов;

– работа с семьей и близкими родственниками/опекунами по обучению технологиям персонального ассистирования, использования ТСР и самостоятельного образа жизни;

– организация работы центров проката ТСР для инвалидов;

– формирование и ведение реестра реабилитационных услуг и реабилитационных организаций в субъекте Российской Федерации;

– распространение информационных материалов среди населения для раннего выявления и профилактики инвалидности.

Основаниями для разработки программ субъекта Российской Федерации послужили нормативные правовые акты федерального и регионального уровней, а также Международные договоры и соглашения, которые были в установленном порядке ратифицированы (рисунок 28).

Международные договоры и соглашения, которые были в установленном порядке ратифицированы: Конвенция о правах инвалидов; Конвенция о правах ребенка и др.



Рисунок 28 – Нормативные правовые основания для разработки программы субъекта РФ по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов

Помимо нормативной правовой базы в субъектах РФ для организации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, необходима разработка и межведомственной, и отраслевой методических документов в сфере охраны здоровья, социальной защиты населения, физической культуры и спорта и др.

## **7.2 Контроль и управление в системе комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности**

Оценка потребности инвалидов с ограничением мобильности в комплексной реабилитации и абилитации в субъектах Российской Федерации представляла из себя многоэтапный процесс, который происходил на 3 уровнях: в федеральных учреждениях МСЭ, при разработке ИПРА, на уровне органов власти субъекта Российской Федерации, на основе Выписок из ИПРА, и в учреждениях реабилитационной направленности разных организационно-правовых форм и форм собственности при исполнении мероприятий (рисунок 29).

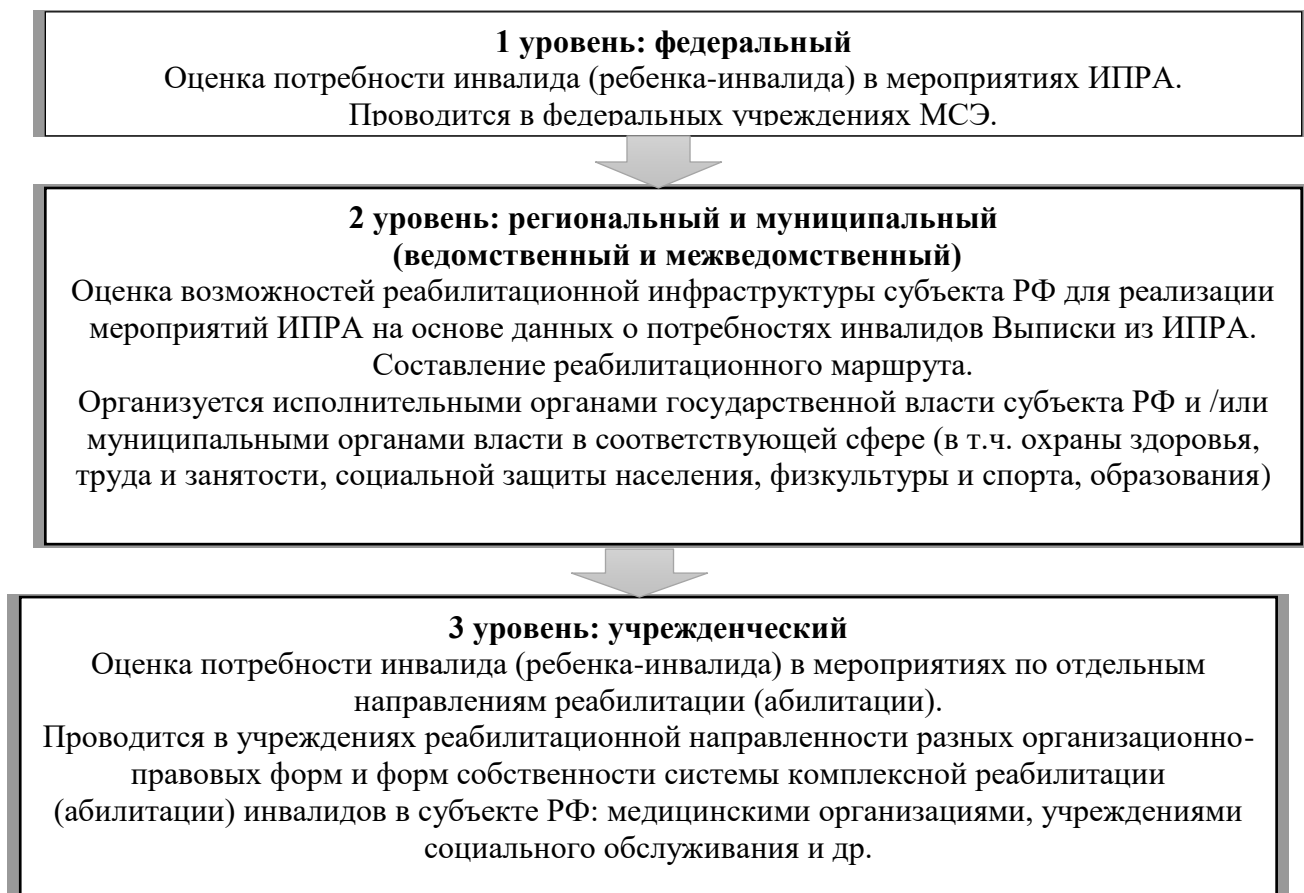


Рисунок 29 – Трехуровневая модель оценки потребности инвалидов с ограничением мобильности в комплексной реабилитации

Необходимость комплексного подхода к решению проблемы формирования (развития) системы реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте РФ и ее решения программно-целевым методом приводит к необходимости эффективного межведомственного взаимодействия и координации работы различных ИОГВ субъекта РФ и других участников системы реабилитации, а также к необходимости привлечения нескольких источников финансирования, в том числе средств федерального бюджета.

Основные задачи ИОГВ субъекта РФ по реализации ИПРА в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с ограничением мобильности представлены на рисунке 30.

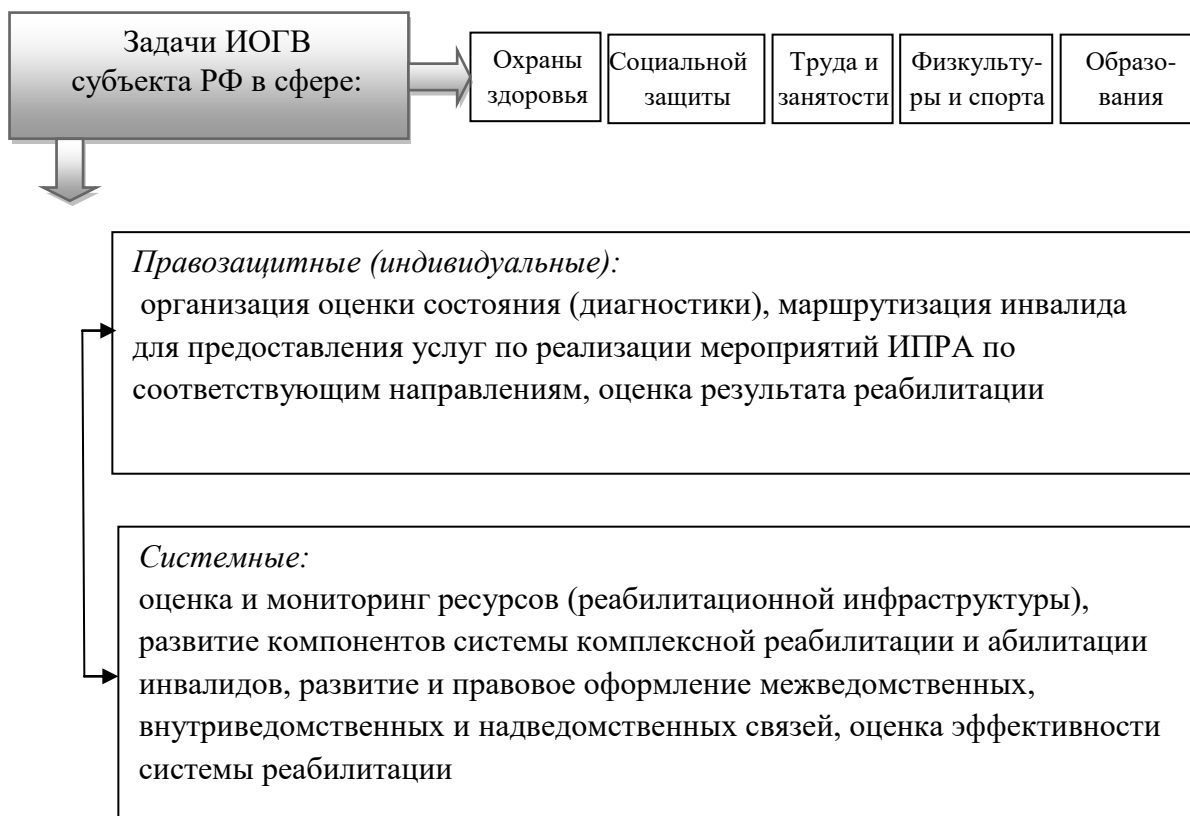


Рисунок 30 – Основные задачи ИОГВ субъекта Российской Федерации по реализации ИПРА в системе комплексной реабилитации и абилитации

В соответствии с этими особенностями формируются и организационные звенья управления реализацией программы субъекта РФ по комплексной реабилитации инвалидов:

а) исполнительские: государственный заказчик, координатор, ответственный исполнитель / заказчик-координатор и ответственные исполнители, соисполнители / заказчики программы субъекта РФ;

б) общественно-политические: Координационные советы субъекта РФ по делам инвалидов, межведомственные комиссии, экспертные группы и др.;

в) информационные (как регионального, так и федерального уровней).

Управление и контроль за ходом реализации программы субъекта РФ осуществляет высший исполнительный орган государственной власти региона, который является государственным заказчиком – главным распорядителем финансовых средств.

В зависимости от задач управления и контроля могут быть выделены четыре основные направления.

1. Контроль за выполнением содержания программы субъекта Российской Федерации (содержательный).

2. Контроль использования финансовых средств (финансовый).

3. Контроль общественно-политический.

4. Контроль независимый (заключительный, статистический), который реализуется в учреждениях медико-социальной экспертизы при оценке результатов исполнения мероприятий ИПРА по ее аспектам; результаты данной оценки входят в показатели государственной статистической отчетности федерального уровня (форма 7-собес).

Организационная схема по направлениям контроля реализации программы субъекта Российской Федерации представлена на рисунке 31.



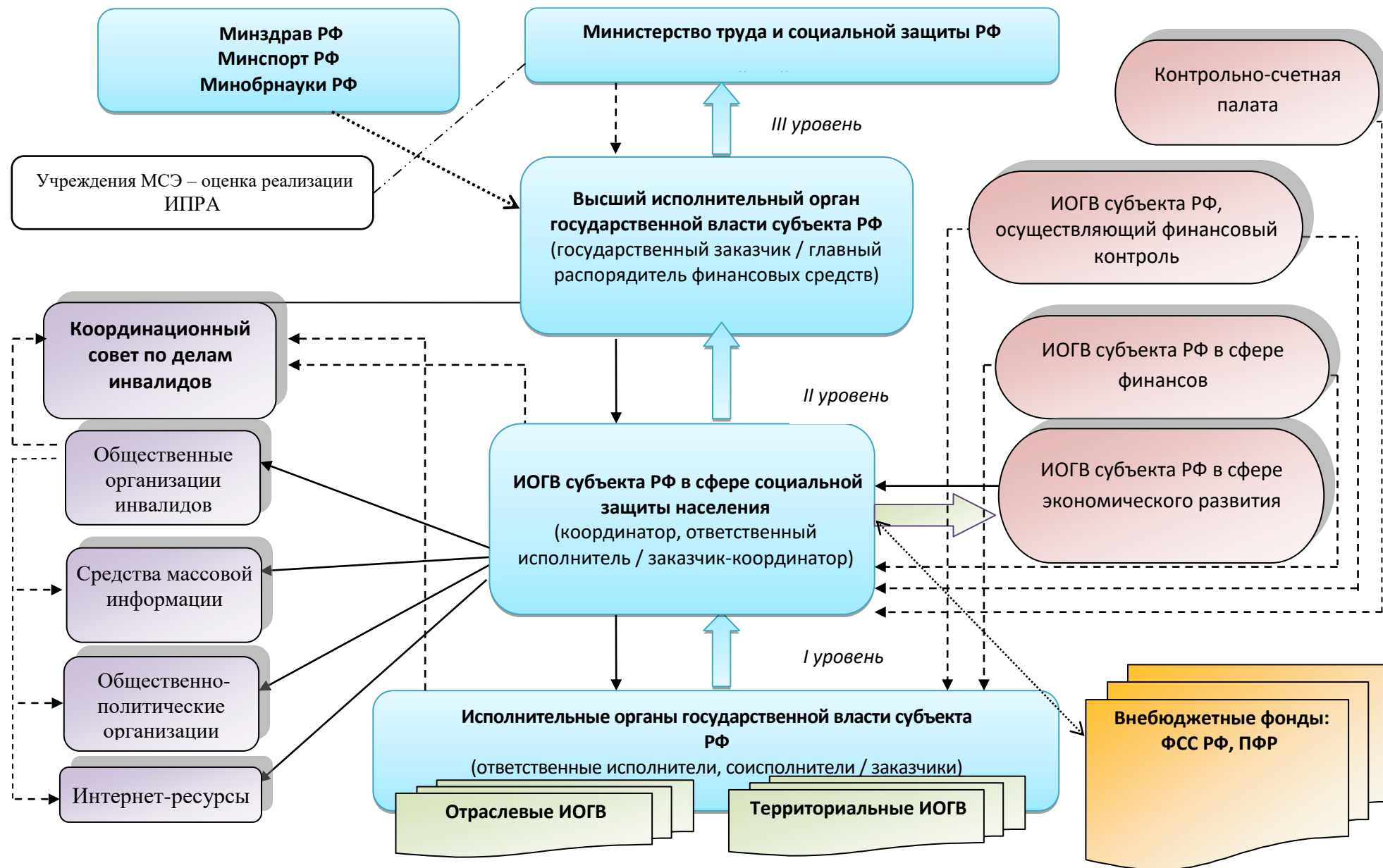


Рисунок 31. Организационная схема контроля реализации программы субъекта Российской Федерации

Система контроля реализации программы субъекта Российской Федерации предполагает 3 уровня его реализации (таблица 68 и таблица 69):

I уровень – обязательный контроль координатора, ответственного исполнителя, заказчика / координатора, как правило, ИОГВ в сфере социальной защиты населения субъекта Российской Федерации.

II уровень – контроль высшим ИОГВ субъекта Российской Федерации, который является государственным заказчиком / главным распорядителем финансовых средств.

III уровень – контроль федеральными структурами (в случае софинансирования региональных программ из федерального бюджета), а также для выполнения федеральных показателей формирования системы комплексной реабилитации и абилитации.

Таблица 68 – Контроль исполнения программы субъекта РФ в сфере комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности

Элемент системы отчетности	Контроль		
	Содержательный	Финансовый	Общественно-политический
Цель контроля	Сбор информации о реализации мероприятий и результатах программы	Сбор сведений об использовании финансовых средств	Предоставление сведений гражданам и негосударственным организациям, включая общественные организации инвалидов и общественно-политические организации
Вид основного документа	Сведения об исполнении Программы ответственными исполнителями	Отчет (финансовый) об исполнении сроков и объемов финансирования	Информация об исполнении мероприятий программы (в т. ч. доклад, аналитические материалы и др.)
Периодичность отчетности	Ежегодно (и по окончании программы – итоговый)	Ежегодно (и по окончании программы – итоговый)	Ежегодно (и по окончании программы – итоговый)

Содержание и порядок контроля исполнения программы субъекта Российской Федерации на различных уровнях контроля представлены в таблице 69.

Таблица 69 – Уровни контроля исполнения программы субъекта РФ

Элемент системы отчетности	Уровни контроля (отчетности)		
	I уровень	II уровень	III уровень
Основные звенья (субъекты) контроля	Ответственные исполнители и координатор	Координатор и высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации	Федеральные структуры
Направления контроля (отчетности) а) содержательный	Исполнительные органы государственной власти субъекта РФ (отраслевые и территориальные) направляют сведения в орган социальной защиты населения субъекта РФ	Орган социальной защиты населения субъекта РФ направляет сведения в высший исполнительный орган государственной власти субъекта РФ	Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации направляет сведения на федеральный уровень
б) финансовый	Заказчики направляют сведения заказчику-координатору, а также в исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере экономического развития и финансов	Исполнительный орган государственной власти субъекта РФ в сфере экономического развития и финансов направляет сведения в высший исполнительный орган государственной власти субъекта РФ	Главный распорядитель финансовых средств направляет сведения в контролирующие структуры федерального уровня

Таким образом, предложенная концепция комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности основана на системной оценке функционирования, жизнедеятельности и факторах окружающей среды, с учетом ряда персональных (личностных) факторов. Предложен программный способ финансирования реабилитации в субъектах Российской Федерации. Эффективность управления системой комплексной реабилитации и абилитации обеспечивается мониторингом потребностей населения и реабилитационного потенциала субъекта Российской Федерации, межведомственным

взаимодействием на всех этапах реабилитации, непрерывностью реабилитационного процесса, начиная с медицинской реабилитации, направления на медико-социальную экспертизу, разработки и реализации ИПРА, включением в эту деятельность исполнительных органов власти в соответствующих сферах субъекта Российской Федерации, координацией каждого инвалида при выполнении программы реабилитации. Организация такой системы возможна только программно-целевым способом с развитой системой управления и контроля исполнения планов и программ, включая динамическую коррекцию в соответствии с меняющимися потребностями и реабилитационным потенциалом субъекта Российской Федерации. Именно региональная программа обеспечивает эффективное целевое использование выделенного финансирования в соответствии с установленными в программе целями, задачами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Российской Федерации 59 % населения страны рассматриваются как маломобильные группы населения. Среди них определенную долю составляют инвалиды и лица старших возрастных групп. Проблемы маломобильных граждан не ограничиваются только медицинским аспектом, они в гораздо большей степени являются проблемами соблюдения прав граждан на полноценную жизнь в обществе и создание доступной среды жизнедеятельности. Наиболее ярко иллюстрируют проблемы данной категории граждан инвалиды с ограничением мобильности. Именно эта категория инвалидов была выбрана для углублённого изучения. Отсутствие работ по системному изучению влияния на инвалидность барьеров окружающей среды в домашней обстановке и на объектах социальной инфраструктуры, необходимость уточнения основных социально-гигиенических и медико-социальных показателей их здоровья и жизнедеятельности в рамках меняющегося облика социальной защиты и геронтологической помощи обосновало необходимость проведения комплексного исследования, определило его цели и задачи.

С целью разработки и научного обоснования системы комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности на основании изучения их функционирования и жизнедеятельности в контексте доменов окружающей среды было проведено данное исследование.

В исследовании определены медико-демографические показатели, показатели общей и первичной инвалидности как медико-социального индикатора формирования маломобильных групп населения и контингента инвалидов с ограничением мобильности.

В динамике 2004–2018 гг. численность лиц трудоспособного возраста (возраст изучен до пенсионной реформы) уменьшилась на 7 588 тыс. человек

(8,4 %), а лиц старше трудоспособного возраста возросла на 8 016 тыс. человек (27,3 %); в эти годы аппроксимирующая (сглаженная) кривая показала тренд снижения показателей численности жителей страны в 2004–2008 гг. с 144,1 до 142,7 млн человек, соответственно, и период постепенного увеличения численности населения в 2009–2018 гг. – с 142,7 до 146,8 млн человек, соответственно.

Анализ основных медико-демографических показателей за 2010–2019 гг. выявил уменьшение численности и уровня общей инвалидности на фоне роста численности населения старше трудоспособного возраста и снижения – трудоспособного возраста. Основным фактор, определяющий уровень общей взрослой инвалидности – первичная инвалидность. Основными социально-гигиеническими особенностями показателей общей инвалидности в РФ, характеризующих контингент лиц, получающих пенсии по инвалидности, являлись преобладание «тяжелых» I и II групп в структуре общей инвалидности (с выраженными и значительно выраженными нарушениями функций организма). В динамике с 2010 по 2019 г. прослеживалось увеличение абсолютной численности и удельного веса инвалидов III группы, а также снижение численности и доли инвалидов I и II групп. Лица старше трудоспособного возраста составили практически 70 % всех инвалидов.

Показатели социально-демографической ситуации и инвалидности в Российской Федерации демонстрируют необходимость реформирования социальной политики государства, направленной не только на обеспечение основных потребностей инвалидов, но и на учет особенностей граждан старшего поколения, которые формируют большую часть общей и первичной инвалидности. В национальные проекты, государственные программы необходимо внести коррективы, предполагающие развитие профилактического, реабилитационного и медико-социального направлений, в том числе в интересах инвалидов и граждан старшего поколения. Для совершенствования деятельности учреждений и организаций, оказывающих услуги инвалидам, в том числе лицам

старше трудоспособного возраста, необходимо изучать и внедрять положения Конвенции о правах инвалидов, Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года.

Необходима дальнейшая работа по уточнению поставленных задач и целевых ориентиров для разных уровней реализации социальной политики государства в отношении граждан старшего поколения (федерального, регионального, местного) по профилактическому, реабилитационному и медико-социальному направлениям, расчеты необходимых средств и поиски механизмов финансирования.

Следовательно, общую инвалидность можно рассматривать как медико-социальный индикатор постарения населения в РФ.

Общая и первичная инвалидность в Российской Федерации характеризовалась социально-гигиеническими особенностями, которые являлись индикаторами формирования контингента инвалидов с ограничением мобильности. Их следует учитывать при разработке комплексных программ по социальной защите и реабилитации, при планировании геронтологической помощи. Несмотря на снижение показателей первичной инвалидности, инвалиды старше трудоспособного возраста составили более половины.

Динамика численности и уровня первичной инвалидности сложилась из периода возрастания (2003–2005 гг.) и периода снижения (с 2006 по 2017 г.), на показатели инвалидности оказали влияние нормативные правовые документы, принимаемые в разные годы. Динамика численности и уровня первичной инвалидности лиц старше трудоспособного возраста имеет резкий подъем во время реформ пенсионного законодательства, что еще раз подчеркивает влияние социально-правовых факторов.

Высокий удельный вес впервые признанных инвалидами II и I групп (до 56,2 %) отражает недостаточно эффективную работу медицинских организаций

по профилактике тяжелой инвалидности; существенно выросла доля инвалидов I группы среди впервые признанных инвалидами (в 1,9 раза).

Среди инвалидов I группы большую часть (72,1 %) составили инвалиды старше трудоспособного возраста. У лиц старше трудоспособного возраста первичная инвалидность более тяжелая: четвертую ее часть составили инвалиды I группы; удельный вес инвалидов I группы в 2,2 раза выше по сравнению с инвалидами трудоспособного возраста.

Структуру первичной инвалидности в основном определяли болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы (первые три ранга); показатели первичной инвалидности вследствие болезней кровообращения и костно-мышечных болезней уменьшились. В динамике первичная инвалидность изменила свою структуру – доля злокачественных новообразований увеличилась в 1,8 раза, выйдя в 2016 г. на первое место среди медицинских причин инвалидности.

Результаты изучения первичной инвалидности свидетельствуют о необходимости совершенствования деятельности медицинских организаций при направлении больных разных возрастов на медико-социальную экспертизу, так как каждый пятый человек трудоспособного возраста, каждый десятый гражданин старше трудоспособного возраста были направлены в учреждение МСЭ, не имея оснований для установления инвалидности.

Выявлены следующие закономерности формирования инвалидности с ограничением мобильности: их доля среди первичных инвалидов составила 35,5 %. Так, лица с нарушениями статодинамической функции составили 26,7 %, в том числе инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске, – 4,2 % и лица с другими нарушениями статодинамической функции, которые требовали применения тростей, костылей, ортезов, ходунков, – 22,5 %; с нарушениями психической функции – 6,8 %; с нарушениями сенсорной функции – 1,4 %; с языковыми и речевыми нарушениями – 0,6 %, соответственно.



Выявлены достоверные отличия в показателях впервые признанных инвалидами городского и сельского населения: первичных инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, в 1,4 раза больше в городах (5,2 против 3,8 %,  $p < 0,005$ ), чем в селах; с нарушениями слуха в 8,0 раз больше в сельских поселениях, чем в городских (0,8 против 0,1 %,  $p < 0,005$ ).

Выявлена достоверно значимая зависимость от возраста вида функциональных нарушений первичной инвалидности: удельный вес впервые признанных инвалидами, использующих кресло-коляску, в 2,4 раза больше среди лиц старше трудоспособного возраста, чем лиц трудоспособного возраста (5,7 против 2,4 %,  $p < 0,05$ , соответственно); первичных инвалидов с сенсорными нарушениями в 1,5 раза больше среди лиц старше трудоспособного возраста, чем среди лиц трудоспособного возраста (6,4 против 4,2 %,  $p < 0,005$ , соответственно); при этом достоверных различий в функции зрения не выявлено, а удельный вес впервые признанных инвалидами с нарушениями слуха среди лиц старше трудоспособного возраста в 1,6 раза больше, чем среди лиц трудоспособного возраста (1,0 против 0,6 %,  $p < 0,005$ , соответственно). Вместе с тем у лиц трудоспособного возраста в 1,6 раза выше показатели удельного веса первичной инвалидности вследствие психических заболеваний: 8,3 против 5,3 %,  $p < 0,005$ , соответственно. При этом среди лиц в возрасте 18–44 года данный показатель в 2,7 раза выше, чем у лиц в возрасте старше 55 (ж) / 60 (м): 14,3 против 5,3 %,  $p < 0,005$ , соответственно.

Первичная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста характеризуется большей тяжестью нарушений статодинамических функций: выраженная в 1,3 раза выше чем у инвалидов трудоспособного возраста (55,5 против 44,5 %,  $p < 0,005$ , соответственно), а значительно выраженная – в 3,1 раза (75,6 против 24,4 %,  $p < 0,005$ , соответственно).

Среди инвалидов-колясочников с выраженной и значительно выраженной степенью нарушений статодинамических функций доля лиц старше

трудоспособного возраста практически в 3 раза выше, чем доля лиц трудоспособного возраста.

В Санкт-Петербурге ежегодно регистрировалось около 8 тыс. первичных инвалидов с ограничениями мобильности с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, из них треть (30,4 %) – с выраженными и значительно выраженными нарушениями, соответственно; среди первичных инвалидов с нарушениями статодинамической функции 7,8 % впервые признано инвалидами, которым рекомендовано использование кресла-коляски. С нарушениями сенсорной функции (зрение, слух и другие сенсорные системы) ежегодно впервые выявлялось в Санкт-Петербурге 1,2 тыс. инвалидов, из них с выраженными – 12,1 %, со значительно выраженными нарушениями – 4,5 %, соответственно. Нарушения психической функции констатированы у 2 052 впервые признанных инвалидами: выраженные – у 36,1 %, значительно выраженные – у 19,6 %; языковые и речевые нарушения выявлены у 1 087 человек: в 90,0 % случаев – незначительные нарушения, в 3,7 % – умеренные, в 4,7 % – выраженные, в 1,6 % – значительно выраженные нарушения данной функции.

Результаты исследования показали, что у 90,5 % впервые признанных инвалидами, использующих кресло-коляску, выявлена полиморбидность; в качестве второго ведущего синдрома у трети колясочников зарегистрированы нарушения психической и языковых и речевых функций разной степени выраженности – 34,4 и 32,6 %, соответственно; у 23,1 % выявлены сенсорные нарушения, у 0,3 % – нарушения, обусловленные физическим уродством (нарушения размеров тела и др.). У инвалидов, использующих кресло-коляску, кроме нарушений статодинамической функции, наблюдались и другие нарушения, что важно учитывать при оказании им реабилитационных и постреабилитационных услуг, создания условий их социальной интеграции.

Приведенные сведения показали, что комплексная реабилитация инвалидов с ограничением мобильности детерминирована возрастом, степенью и видом функциональных нарушений, местом проживания (город / село).

Результаты подробного изучения ограничений жизнедеятельности инвалидов Санкт-Петербурга показали, что наиболее распространенные категории ограничений жизнедеятельности у впервые признанных инвалидами – ограничение способности к трудовой деятельности, которое выявлено у всех первичных инвалидов, ограничение самообслуживания – 81,4 %, ограничение передвижения – 68,6 %. Данные показатели указывают на значимость развития профессиональной и социальной реабилитации, направленной на компенсацию и устранение имеющихся ограничений. Высокие показатели ограничения способности к самостоятельному передвижению придают особую значимость совершенствованию мероприятий по созданию доступной среды.

Достоверные различия в структуре категорий ограничений жизнедеятельности у лиц старше трудоспособного возраста и лиц трудоспособного возраста выявлены по категории «ограничение в обучении», которая у первых совсем не определялась, и «контроль за своим поведением», которая у лиц старше трудоспособного возраста определялась в 1,6 раза реже.

Зафиксировано влияние возраста на тяжесть ограничений жизнедеятельности инвалидов. Достоверные различия выявлены практически во всех категориях в 3-й, самой тяжелой степени, показатели тяжести ограничений у лиц старше трудоспособного возраста выше, чем у лиц трудоспособного возраста: «способность контролировать свое поведение» в 10 раз; «способность к общению» в 3,8 раза; «способность к ориентации» в 6,3 раза; «способность к передвижению» в 2,2 раза; «способность к самообслуживанию» в 2,2 раза; «способность к трудовой деятельности» в 1,7 раза.

У впервые признанных инвалидами, передвигающихся на кресле-коляске, есть свои особенности жизнедеятельности: практически у всех инвалидов выявлено ограничение способности к самостоятельному передвижению (100,0 %)

и способности к трудовой деятельности (92,7 %), а также способности к самообслуживанию (94,5 %); у каждого пятого первично инвалида-колясочника – способности к общению – 22,5 %, по всей видимости, обусловленной сопутствующей патологией сенсорных систем или нарушениями психической функции; у каждого десятого – ограничение способности к ориентации (11,1 %) и способности контролировать свое поведение (10,7 %); у 5 из 100 первичных взрослых инвалидов – ограничение способности к обучению.

В соответствии с тяжестью ограничений жизнедеятельности инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, определены формы организации медико-социальной помощи; так, ограничение способности к трудовой деятельности второй степени, выявленное у четверти инвалидов (25,9 %), вызывает необходимость организации специальных рабочих мест; ограничение способности к самостоятельному передвижению – 56,6 % – третьей степени, 43,4 % – второй степени и ограничение способности к самообслуживанию в 56,0 % – третьей степени, в 35,5 % – второй степени вызывает необходимость организации помощи других лиц и предоставление соответствующих технических средств реабилитации, в т. ч. для оснащения жилого помещения и объектов социальной инфраструктуры.

Потребность инвалидов в мерах медико-социальной реабилитации ежегодно составляет более 2 млн человек: именно столько ИПР (ИПРА) разработано учреждениями медико-социальной экспертизы, причем 30,3 % – впервые.

При развитии реабилитационной инфраструктуры необходимо учитывать потребности инвалидов разного возраста (среди всех инвалидов, нуждающихся в программах реабилитации, инвалиды трудоспособного возраста составили 55,9 %, инвалиды старше трудоспособного возраста – 44,1 %), а также особенности городских и сельских поселений – удельный вес программ реабилитации для жителей сельских поселений достаточно высок (22,1–30,2%).

Нуждаемость инвалидов в различных мероприятиях по реабилитации и абилитации, например, в восстановительной терапии, составила 97,9 %;

нуждаемость в трудоустройстве – от 53,4 до 34,5 %, в технических средствах реабилитации – 35,2– 40,6 %.

Несмотря на увеличение лиц пенсионного возраста в Российской Федерации за исследованный период, происходящие изменения в организации системы здравоохранения и социальной защиты граждан привели к некоторому снижению инвалидности. Появление высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование мероприятий медицинской реабилитации постепенно меняют структуру инвалидности. Увеличение ранней специализированной и высокотехнологичной помощи больным приводит к увеличению выживаемости больных. Однако возросла доля тяжелых инвалидов, впервые проходящих освидетельствование в бюро МСЭ, что может свидетельствовать о недостаточном внимании, оказываемом здравоохранением к пациентам на первоначальных этапах инвалидизирующего заболевания, позднем выявлении граждан, нуждающихся в мерах социальной поддержки. Несвоевременная государственная помощь приводит к утяжелению состояния граждан, увеличению потребности в реабилитационных мероприятиях и, соответственно, их финансирования.

Результаты изучения потребностей взрослых инвалидов показали, что учреждения медико-социальной экспертизы Российской Федерации выполняют важную государственную задачу – не только установление инвалидности, но и определение потребности инвалидов в медицинской и иных видах реабилитации. Оценка потребностей инвалидов в мерах реабилитации носит многоэтапный и межведомственный характер, в котором индивидуальная программа реабилитации и абилитации имеет ключевое значение как учетный документ. При развитии реабилитационной инфраструктуры необходимо учитывать потребности инвалидов и основные принципы организации реабилитации / абилитации: доступность услуг (территориальную и финансовую), междисциплинарный характер реабилитации, разнообразие программ и услуг, ориентированность услуг на потребности инвалидов, охватывающих все сферы и стороны жизни, доказательность используемых методов. Представленные основные

макропоказатели по потребностям инвалидов являются основанием для принятия управленческих решений и проведения более детального анализа для развития реабилитационной инфраструктуры, направленной на удовлетворение потребностей граждан. Необходим пересмотр сложившихся в России правовых механизмов реализации «реабилитационных услуг» и межведомственного взаимодействия.

В жилых помещениях у инвалидов выявлена стесненность разной степени выраженности, которая зафиксирована у 5,4 % домохозяйств инвалидов и 51,6 % домохозяйств с детьми-инвалидами. Проведено оборудование многоквартирных домов для инвалидов различными техническими приспособлениями. При этом в домах, где проживают инвалиды и семьи с детьми инвалидами, в 2 раза реже установлены лифты, чем в домах, где проживают все домохозяйства – 5,0 против 2,6 %, соответственно.

Во исполнение права инвалидов на доступное жилье в Российской Федерации создан организационно-правовой механизм приспособления жилья. Вместе с тем нуждаются в проработке и развитии методические вопросы обследования жилого помещения с учетом имеющихся ограничений жизнедеятельности инвалида или ребенка-инвалида, механизмы межведомственного взаимодействия учреждений, участвующих в процессе реабилитации и абилитации инвалидов, в т. ч. приспособлении жилого помещения.

В субъектах Российской Федерации с разной интенсивностью развивается деятельность межведомственных комиссий по обследованию жилья. В 2018 г. по сведениям исполнительных органов власти субъектов РФ было обследовано более 53 тыс. жилых помещений, в которых проживают инвалиды или семьи с детьми-инвалидами (0,47 % от общего числа инвалидов). По результатам обследования приспособлено более 3,5 тыс. жилых помещений, что составило 6,5 % из числа обследованных помещений с колебаниями по федеральным округам от 1,1 до 26,4 %, соответственно.

С помощью методологии МКФ изучены барьеры жилых помещений, препятствующие социальной интеграции инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках в ближайшем окружении.

Среди инвалидов-колясочников не испытывают проблем при мобильности с помощью ТСР в жилом помещении и вблизи него: от 6,7 % инвалидов (при использовании входа в дом) до 20,0% - на придомовом участке. При этом в жилой комнате полностью мобильны 18,8 %, на кухне – 16,3 %, при входе в квартиру – 14,2 %, в коридоре – 8,8%, при пересаживании в / из кресла-коляски на кровать – 14,2 % инвалидов, соответственно.

На улице полностью мобильны с помощью ТСР: на придомовом участке – 20,0 % инвалидов-колясочников; при перемещении на отдаленные расстояния по улице – 7,9 %; в ближайшем микрорайоне – 6,3 %; при использовании транспорта – 2,9 % (при управлении личным транспортом).

Представленные данные иллюстрируют влияние факторов окружающей среды на компенсацию способности к самостоятельному передвижению: полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды достигают при передвижении в жилье от 6,7 до 20,0 % в зависимости от зоны жилого помещения; при передвижении на улице от 2,9 до 7,9 %.

Абсолютные ограничения мобильности у инвалидов, использующих кресло-коляску, выявлены у 20,8 % инвалидов, которые не могут самостоятельно пересест в / из кресла-коляски на кровать.

Невозможность использования входного узла в дом выявлена у 42,1 % инвалидов, санитарного узла – 38,3 %, коридора – 30,4 %, кухни – 22,9%, входного узла в квартиру – 22,9 %, жилой комнаты – 20,8 %, придомового участка – 19,6 %, соответственно.

Невозможность (абсолютные проблемы) передвижения на улице по ближайшему микрорайону выявлены у 30,0 % респондентов, на отдаленные расстояния – у 31,3 % инвалидов, при пользовании личного транспорта – у 23,3 % инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске.

Значительные ограничения мобильности, необходимость значительной помощи других лиц при перемещении в / из кресла-коляски на кровать выявлены у 21,7 % респондентов.

Значительные ограничения мобильности в квартире возникали у каждого из 5 инвалидов при входе в многоквартирный дом, у каждого из 4 инвалидов – в санузле, на кухне, в жилой комнате, в коридоре и выходе на балкон, на территории придомового участка – у каждого из 6 инвалидов.

На улице значительные ограничения мобильности выявлены: при перемещении в ближайшем микрорайоне – у 20,0 % респондентов, на отдаленные расстояния в кресле-коляске – у 23,3 %, соответственно.

Представленные результаты демонстрируют, что, несмотря на обеспечение техническими средствами реабилитации, инвалиды-колясочники все же испытывают серьезные ограничения мобильности при передвижении в окружающей среде:

1) при использовании входного узла в многоквартирный дом (вход, лестница, лифт, площадка) – 87,1 % инвалидов, из них полное (абсолютное) ограничение – 42,1 %; выраженное – 26,7 %, умеренное – 12,5 %, незначительное – 5,8 % граждан;

2) при использовании санитарных помещений – 86,7 % инвалидов, из них полное (абсолютное) – 38,3 %; выраженное – 22,9 %, умеренное – 18,8 %, незначительное – 6,7 % обследованных;

3) при перемещении в ближайшем микрорайоне – 80,4 % инвалидов, из них полное (абсолютное) – 30,0 %; выраженное – 20,0 %, умеренное – 24,6 %, незначительное – 5,8 % инвалидов;

4) при использовании транспорта городского и личного – 79,9 % инвалидов, из них полное (абсолютное) ограничение – 42,1 %, выраженное – 18,3 %, умеренное – 15,8 %, незначительное – 3,8 % респондентов.

Среди зон жилых зданий и помещений, в которых проживали инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске, приоритетными для обустройства по



результатам экспертной оценки стали входной узел в дом, санузел и придомовая территория.

Необходимость индивидуального адресного подхода при создании безбарьерной жилой среды подтверждается данными по изучению барьеров отдельных жилых помещений квартир инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках.

Изучение проблем мобильности инвалидов-колясочников в ближайшем и отдаленном окружении, ориентированное на МКФ, позволило:

а) в научном плане: доказать значимость и влияние на жизнедеятельность инвалида не только нарушений функций организма, но и факторов окружающей среды, тем самым подчеркнув обоснованность применения биопсихосоциальной модели инвалидности МКФ при решении медико-социальных задач на государственном уровне; разработать и апробировать принципы и методы диагностики проблем инвалидов в жилом помещении и сформулировать предложения по включению данного диагностического блока в реабилитационно-экспертную диагностику, проводимую специалистами учреждений медико-социальной экспертизы при разработке ИПРА инвалида и специалистами межведомственных комиссий;

б) решить практические медико-социальные задачи: подробно уточнить проблемы передвижения инвалидов с ограничением мобильности в пределах комнаты, квартиры, микрорайона, города; полученные сведения могут стать ориентиром для разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и реализации мер по обустройству их жилья.

ОСИ в зоне проживания инвалида на кресле-коляске были распределены по приоритетности их посещения. Наиболее регулярно инвалид посещает медицинские учреждения – 66,7 % респондентов, ближайшие магазины – 49,6 %, органы и учреждения социальной защиты населения – 44,2 %, соответственно.

Барьерность и недоступность для инвалидов с ограничением мобильности медицинских организаций отметили 36,3 % респондентов. Вместе с тем в ряде

поликлиник города предложены для инвалидов-колясочников – посещение врачей на дому, возможность связаться с врачом по телефону и другие формы предоставления услуг, что отмечено положительно.

Проведена экспертная оценка факторов, детерминирующих низкую доступность ОСИ и жилья инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске. Оценка проводилась специалистами центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов г. Санкт-Петербурга.

Определены следующие значимые факторы:

– архитектурно-планировочные решения жилых помещений и ОСИ не учитывали специфичные особенности инвалидов с ограничением мобильности, что отметили 59,6 % специалистов;

– инвалиды с ограничением мобильности имели проблемы, связанные с состоянием здоровья самих инвалидов, которые препятствовали полноценной компенсации мобильности – 47,9 % ответов;

– инвалиды с ограничением мобильности имели проблемы психического здоровья – 7,1 %, соответственно;

– инвалиды с ограничением мобильности испытывали психологические проблемы, такие как осуждение, излишнее внимание, насмешки в отношении инвалидов при выходе на улицу и др. – 3,3 %, соответственно.

Полученные сведения, характеризующие барьеры приоритетных ОСИ, послужили ориентиром для комплекса адресных мероприятий по адаптации для инвалидов жилой среды и объектов городской среды.

Также представленные сведения о проблемах, которые испытывают инвалиды, передвигающиеся на кресле-коляске, на объектах социальной инфраструктуры, подчеркнули значение факторов окружающей среды при проведении медико-социальной реабилитации. Без устранения барьеров окружающей среды эффективность жизнедеятельности инвалидов с ограничением мобильности остается низкой. Соответственно, государственные программы по социальной защите и медико-социальной помощи маломобильным группам

населения должны предусматривать финансирование и организацию работ по социальной интеграции путем обустройства доступной жилой среды и содействию в обустройстве объектов в зоне проживания инвалидов.

В настоящее время организация экспертно-реабилитационного процесса для инвалидов с ограничением мобильности нуждается в совершенствовании: граждане сталкиваются с рядом барьеров (в широком смысле), препятствующих их социальной интеграции, в том числе на этапах направления на МСЭ и проведения МСЭ. Барьеры изучены путем социологического исследования специалистов и экспертных оценок по специально разработанным анкетам.

При оценке действующего порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу отметили наличие проблем разной степени выраженности 84,0 % респондентов; при оценке действующей организации медико-социальной экспертизы – 79,0 % респондентов. Основными препятствиями для эффективной реализации экспертно-реабилитационного процесса зарегистрированы проблемы ресурсного, организационного и методического характера.

Считали, что при направлении на МСЭ у гражданина практически не возникает никаких препятствий 16,0 % специалистов; 84,0 % отмечали при направлении на МСЭ проблемы разной степени выраженности: легкие – 25,2 %, умеренные – 46,6 %, выраженные – 11,7 %, абсолютные проблемы – 0,6 %, соответственно.

По мнению респондентов, наибольшие трудности возникали при выполнении стандартов обследования пациентов при направлении на МСЭ (63,8 % положительных ответов), особенно при обследовании пациентов на дому. Затруднения возникали также при определении стойкости и выраженности функциональных нарушений (38,7 %) и определении показаний к направлению на МСЭ (25,2 %, соответственно).

Специалисты в 65,5 % случаев считали, что оформлять направление на МСЭ должны лечащие врачи. Однако 26,9 % полагали целесообразной организацию оформления документов при направлении пациентов на МСЭ в

режиме «одного окна», или «одного кабинета», под руководством наиболее опытного в этих вопросах врача, имеющего профессиональную подготовку по МСЭ и реабилитации, высокий уровень владения IT-технологиями, при необходимости с привлечением специалистов-консультантов. Практически третья часть специалистов (26,9 %, соответственно) считала, что данная работа отнимает много времени и сил, а результат не всегда оправдывает затраченные усилия.

Большинство участников опроса (89 %) считали, что оформление направления на МСЭ в медицинских организациях не должно занимать более 2 недель; 6,8 % респондентов сообщили, что направление на МСЭ оформляется в медицинской организации в среднем за 1 неделю, 29,6 % – до 2 недель, 19,8 % – до 3 недель, 18,5 % – до 1 месяца, 18,5 % – более 1 месяца, 6,8 % – более 2 месяцев.

Об организации передачи направления на МСЭ в федеральное учреждение МСЭ по электронному каналу связи сообщили 6,4 % опрошенных. О планах внедрения электронного документооборота при передаче направления на МСЭ из медицинских организаций в ФГУ МСЭ в ближайшей перспективе (1–3 года) сообщили 26,3 %, в отдаленной перспективе – 21,1 %. Остальные 27,5 % опрошенных были не информированы по данному вопросу.

Среди проблем, препятствующих активному внедрению электронного документооборота при взаимодействии медицинских организаций и ФГУ МСЭ при проведении медико-социальной экспертизы, 24 % респондентов отметили низкий уровень компьютерной грамотности сотрудников, 69,0 % – низкий уровень обеспеченности компьютерами и программными продуктами, 30,4 % – кадровые проблемы, 9,9 % – отсутствие возможности приема направлений на МСЭ в электронном виде в учреждениях МСЭ, 5,3 % отметили другие проблемы (несовершенство программных продуктов, «громоздкие программы», нехватка мощности имеющегося оборудования, несовместимость форматов электронных документов в медицинских организациях и учреждениях МСЭ и т. д.). 4 %

респондентов считали, что в настоящее время нет никаких препятствий для работы в условиях электронного документооборота.

По мнению респондентов, наиболее частыми причинами барьеров при направлении на МСЭ в медицинских организациях являлись:

- проблемы ресурсообеспеченности медицинских организаций: недостатки наличия и качества кадровых, диагностических, информационных и других ресурсов;

- организационные проблемы, в том числе организация клиничко-экспертной работы,

- проблемы методического характера: низкий уровень объективизации имеющихся у пациентов функциональных нарушений вследствие заболеваний, травм и т. д.; недостаточный уровень профессиональной компетенции врачей, принимающих участие в направлении граждан на МСЭ.

Отсутствие проблем и каких-либо барьеров для пациентов при проведении МСЭ отметили 21,0 % респондентов. В оказании государственной услуги по МСЭ 79,0 % специалистов, участвовавших в опросе, отметили наличие трудностей разной степени выраженности: 44,6 % – незначительных, 28,7 % – умеренных, 5,1 % – выраженных, соответственно.

Длительность и трудоемкость сбора документов для проведения МСЭ отметили 57,9 % респондентов, что находится в сфере компетенции медицинских организаций. Отсутствие четких критериев оценки стойкости, выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности отметили 26,3 и 24,6 %, соответственно.

Определены основные пути совершенствования организации направления граждан на МСЭ и оказания государственной услуги по проведению МСЭ, среди которых основные:

- совершенствование регламента направления пациентов на МСЭ для медицинских организаций и регламента оказания государственной услуги по проведению МСЭ, значимость которого подчеркнули 15,8 % респондентов;

- внедрение и совершенствование IT-технологий – 15,2 %, соответственно;
- повышение профессиональной компетенции врачей по вопросам МСЭ и реабилитации (совершенствование образовательных программ профессионального обучения на до- и последипломном этапах) – 8,8 %, соответственно.

Экспертная оценка потребности инвалидов в приспособлении (адаптации) жилья, разработанная в диссертационном исследовании, учитывала следующие принципы:

- биопсихосоциального подхода, основанного на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, при котором учитываются особенности здоровья индивидуума и его жизнедеятельность в жилом помещении;
- комплексной всесторонней адресной оценки проблем доступности для инвалида всех элементов конкретного жилого помещения и общего имущества в многоквартирном доме;
- безбарьерности, на основании идей социальной модели инвалидности, в соответствии с которыми фокус зрения на инвалидность смещается с нарушений самого инвалида на барьеры окружающей среды, включая барьеры его жилого помещения, мешающие реализации жизнедеятельности в естественных жизненных ситуациях;
- максимальной независимости инвалида в решении вопросов бытовой, общественной и профессиональной деятельности;
- оценка проводилась специалистами, но с обязательным участием инвалида («ничего о нас без нас»).

При разработке методических подходов учитывались и положения ст. 26 «Абилитация и реабилитация» Конвенции о правах инвалидов, ООН, 2006, которая подчеркивала, что реабилитационные меры и программы должны учитывать следующие аспекты: комплексную оценку и учет реабилитационного потенциала, добровольный характер, «доступность для инвалидов как можно

ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах».

В качестве основы для разработки диагностики использовался 35-й комплекс документов СП 59.13330.2016.

Разработан алгоритм оценки нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения, который состоял из 4 этапов:

- оценка здоровья со стойким нарушением функций организма;
- оценка жизнедеятельности инвалида и ее стойкое ограничение;
- оценка социально-бытового и социально-средового статуса инвалида в естественной жизненной ситуации (в жилом помещении);
- вынесение решения о нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения с учетом реабилитационного потенциала и прогноза.

Представленный алгоритм диагностики (либо отдельные его элементы) может быть использован специалистами учреждений медико-социальной экспертизы, межведомственных комиссий, а также специалистами центров социальной реабилитации инвалидов, комплексных центров социального обслуживания, отделов социальной защиты населения и других заинтересованных специалистов.

Методические основы реабилитационно-экспертной диагностики потребности инвалидов в обустройстве жилья включали изучение следующих экспертно значимых вопросов:

- проблемы человека, связанные с жизнедеятельностью (активностью и участием) в конкретном жилом помещении;
- характеристика жилого помещения: общие сведения о жилье, характеристика квартиры;
- заключение специалистов, проводивших экспертную оценку.

Для определения проблем, связанных с жизнедеятельностью, использована единая шкала измерений МКФ. На примере инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках:

- проблемы при перемещении в кресло-коляску, например с кровати, и из нее (d410);
- затруднения передвижения в жилой комнате, на кухне, в санузле, при входе в дом, в квартиру, на балкон, а также на придомовом участке (d460).

Вышеизложенная методика апробирована при обследовании 370 человек, передвигающихся на креслах-колясках, в центрах социальной реабилитации Санкт-Петербурга. Выявлено, что полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды достигают при передвижении в жилье – от 6,7 до 20,0 % в зависимости от зоны жилого помещения. Утвержденные постановлением Правительства РФ от 09.07.2016 № 649 параметры оценки жилья не оценивают в полной мере всех барьеров жилого помещения маломобильного инвалида.

Адаптация квартир инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, проведена в соответствии с Планом мероприятий долгосрочной целевой программы «Улучшение качества жизни детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями в Ленинградской области» на 2012–2014 гг., утвержденного постановлением правительства Ленинградской области от 14.05.2012 (в ред. 06.02.2013). Совместное финансирование данных работ из областного и местного бюджета, а также возможное финансирование из других источников позволили в Ленинградской области переоборудовать с учетом потребностей инвалидов в течение указанного срока 34 квартиры.

Анализ данной деятельности позволил выделить несколько этапов и сформировать, по сути, организационную технологию обустройства квартир маломобильных инвалидов, выполняемую при государственной поддержке.



Первый этап. Предварительный отбор участников данной программы специалистами органов социальной защиты инвалидов, исходя из анализа данных социальных паспортов семей.

Второй этап. Подготовка экспертного заключения мультидисциплинарной командой, в котором на основании результатов определения потребности ребенка-инвалида в адаптации жилого помещения и результатов обследования квартиры сделаны выводы о конкретных архитектурно-планировочных преобразованиях квартиры.

Третий этап. Разработка индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида. Ребенок был направлен на медико-социальную экспертизу органом социальной защиты населения по форме направления, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 25.11.2006 № 874.

Четвертый этап. Подготовка сметной документации с конкретными расчетами на демонтаж, ремонтные работы, закупку и установку оборудования и др.

Пятый этап. Заключение муниципального контракта на работы по адаптации квартиры. Выполнение соответствующих работ.

Шестой этап. Отметка о выполнении в индивидуальной программе реабилитации ребенка-инвалида, оценка эффективности данной работы. Эффективность данной деятельности оценена по следующим индивидуальным критериям – изменение степени выраженности затруднений передвижения и самообслуживания ребенка при выполнении данных видов жизнедеятельности им самостоятельно.

Данная организационная технология позволила выявить определенные сложности и риски в проведении подобных работ, связанные как с проблемами конкретной семьи, так и с недостатками функционирования системы реабилитации и социальной интеграции в целом. Так, в малогабаритных квартирах, где совместно проживают несколько человек, сложно учесть интересы всех ее членов; некоторые элементы адаптации жилья, в которых нуждается

ребенок, бывают технически невозможны в давно построенном жилье; завышенный интерес родственников в ремонте всей квартиры, не только в переобустройстве тех ее элементов, которые являются барьерами для ребенка на кресле-коляске, но и других элементов, улучшающих эстетичность жилья.

Системные риски связаны с правовым несовершенством (отсутствуют правовые нормы, регламентирующие помощь государства в решении вопросов адаптации жилья лиц, проживающих в частных домах, в приватизированном жилье), с организационными сложностями (система оказания государственной помощи многоэтапна и затратна по времени, действия специалистов нуждаются в согласовании, отсутствует система мониторинга потребностей детей-инвалидов по адаптации жилья для планирования финансовых затрат и др.).

Концепция (от лат. *conceptio* – «система понимания») комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности основана на биопсихосоциальной парадигме инвалидности и представляет собой научно-обоснованный взгляд на феномен инвалидности, учитывающий не только влияние на индивидуума нарушений функций и структур организма, его активности и участия, но условий социальной среды или факторов «окружающей среды» (в терминологии МКФ), а также предполагающая определенное взаимовлияние указанных факторов друг на друга. Концепция предполагает наличие четких организационно-правовых механизмов ее внедрения: системы, органов и механизмов управления системой комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, оценку ее эффективности, в том числе за счет федеральных и региональных программ финансирования.

Анализ состояния реабилитации и абилитации инвалидов посредством изучения действующих планов и программ субъектов Российской Федерации, проведенный в свете разработанной идеологии проф. Коробова М.В., 1996, работ Андреевой О.С., 2000, показал, что система реабилитации / абилитации состоит из следующих компонентов:

– методологического;

- нормативного правового;
- финансового;
- инфраструктурного;
- техничеcко-индустриального;
- управленческого;
- общественного;
- информационного;
- кадрового.

Под термином «система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» предлагаем понимать совокупность методологических, правовых, методических, финансовых, организационных и инфраструктурных компонентов, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы с учетом особенностей нарушений здоровья и жизнедеятельности инвалидов, профилактику инвалидности (в том числе оказание ранней помощи) и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов и / или их семей, на основе внутриведомственного, межведомственного и / или междисциплинарного взаимодействия для полного или частичного восстановления / формирования способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Однако в настоящее время требуется правовое закрепление понятия «система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов». Данная система, построенная по смешанному отраслевому и функциональному признакам, сложна, что объясняет ее сбои, требует повышенного внимания к вопросам управления, организации и поддержания субординационных и координационных связей.

Несмотря на предпринимаемые усилия, деятельность системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов далека от идеала. В субъектах Российской Федерации наблюдается существенный дисбаланс в развитии представленных компонентов, в отдельных субъектах – их отсутствие. В силу значительного числа компонентов, включая различные по подчиненности и статусу

органы / организации / учреждения, участвующие в той или иной мере в реабилитации инвалидов, на практике возникают значительные сложности в управлении данной системой.

Контент-анализ действующих региональных программ позволил систематизировать:

а) механизмы финансирования системы комплексной реабилитации в субъектах Российской Федерации;

б) ответственные за исполнение мероприятий ИПРА органы власти, их основные задачи и полномочия;

в) приоритетные мероприятия (обязательные и факультативные), проводимые в рамках региональной программы;

г) оценку сложившихся компонентов системы реабилитации и абилитации в субъектах Российской Федерации.

Приказом Минтруда России от 30.06.2017 № 545 регламентировано, что результатом проведения оценки региональной системы субъектом РФ являются следующие решения:

а) о необходимости формирования региональной системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы – при итоговом результате оценки региональной системы менее 7,2 баллов;

б) о необходимости совершенствования региональной системы – при итоговом результате оценки региональной системы от 7,2 до 13 баллов;

в) о сформированности региональной системы – при итоговом результате оценки региональной системы 13 баллов.

Анализ 56 программ и планов субъектов Российской Федерации (2018 г.) показал необходимость формирования системы с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы в 16 регионах страны (менее 7,2 баллов). В 24 субъектах Российской Федерации показана необходимость совершенствования системы с последующей разработкой и реализацией

соответствующей программы (от 7,2 до 13 баллов); 16 субъектов Российской Федерации результаты оценки не представили.

В Российской Федерации предполагается существенный рост реабилитационных организаций, подлежащих включению в региональную систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Если в 2018 г. доля таких организаций в общем числе реабилитационных организаций, расположенных на территориях субъектов Российской Федерации, составила 12 %, то к 2023 г. достигнет 100 %, соответственно (по данным государственной программы «Доступная среда» на 2011–2025 годы).

С 2016 г. после вступления в силу Правил обеспечения доступности для инвалидов жилых помещений сформирован организационный процесс обследования жилья инвалида. Однако вопрос взаимодействия учреждений МСЭ и межведомственных комиссий в полной мере не решен.

Результаты изучения региональных целевых программ в сфере реабилитации инвалидов показали (2012 г.), что из 81 программы лишь в 7 субъектах РФ были запланированы мероприятия по обустройству жилья. На выполнение различных мер было выделено соответствующее финансирование из бюджета субъекта РФ.

Реформирование административно-государственного управления в системе реабилитации / абилитации инвалидов проведено на отраслевой и межотраслевой основе и требует развития единых информационных систем и реорганизации механизмов взаимодействия всех участников разработки и реализации ИПРА.

Выделены два уровня управления комплексной реабилитацией / абилитацией инвалидов:

а) *индивидуальный уровень*: ИПРА инвалида; именно с этим документом гражданин обращался к исполнителю ИПРА (в том числе в ИОГВ субъекта Российской Федерации по сфере компетенции);

б) *уровень системы реабилитации*: посредством документооборота без участия ИПРА, а на основании Выписки из ИПРА, направленной из учреждения МСЭ в ИОГВ субъекта РФ и сводной информации (информации об исполнении возложенных ИПРА мероприятий).

Организационно-управленческие основы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя, в том числе, определение и разграничение полномочий при разработке и реализации программы субъекта Российской Федерации между федеральными учреждениями МСЭ, органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органами исполнительной власти муниципалитета.

По сравнению с ранее действовавшей (в период с 2004 по 2015 г.) моделью реализации ИПР инвалида новая модель реализации ИПРА имеет существенные отличия. Основные из них:

а) *правозащитные* – включение государственных органов исполнительной власти в разных сферах жизнедеятельности в механизм исполнения реабилитационных мероприятий, что исключает дискриминацию инвалидов по признаку инвалидности;

б) *нормативные правовые* – для реализации новой модели внесены соответствующие изменения во всю «законодательную пирамиду», т. е. в федеральные законы, в постановления Правительства РФ, в приказы министерств и ведомств; организационно-методические, связанные с изменением организационных звеньев системы реабилитации и путей их взаимодействия;

в) *структурные* – в комплексной реабилитации / абилитации появились новые структурно-функциональные звенья: разработчик ИПРА (федеральные учреждения МСЭ), исполнитель ИПРА (ИОГВ субъекта РФ в соответствующей сфере) и исполнитель мероприятий ИПРА (учреждения и организации).

Для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе и детей-инвалидов, в субъекте РФ требуется совершенствование нормативной правовой и методической базы субъекта РФ, направленной на

реализацию мероприятий ИПРА инвалида или ребенка-инвалида по двум аспектам: 1) взаимодействие разработчика ИПРА и исполнителя ИПРА и 2) взаимодействие исполнителя ИПРА и исполнителя мероприятий ИПРА.

Оценка потребности инвалидов с ограничением мобильности в комплексной реабилитации и абилитации в субъектах Российской Федерации представляла из себя многоэтапный процесс, который происходил на 3 уровнях: федеральном (при разработке ИПРА), региональном (в субъектах Российской Федерации на основе Выписок из ИПРА) и учрежденческом при исполнении мероприятий.

Необходимость комплексного подхода в системе комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности в субъекте Российской Федерации и ее решения программно-целевым методом приводит к необходимости эффективного межведомственного взаимодействия и координации работы различных ИОГВ субъекта РФ и других участников системы реабилитации, а также необходимости привлечения нескольких источников финансирования, в том числе средств федерального бюджета.

В соответствии с этими особенностями формируются и организационные звенья управления реализацией программы субъекта Российской Федерации по комплексной реабилитации инвалидов:

а) исполнительские: государственный заказчик, координатор, ответственный исполнитель / заказчик-координатор и ответственные исполнители, соисполнители / заказчики программы субъекта Российской Федерации;

б) общественно-политические: Координационные советы субъекта Российской Федерации по делам инвалидов, межведомственная комиссия, экспертные группы и др.;

в) информационные (как регионального, так и федерального уровней).

Управление и контроль за ходом реализации программы субъекта Российской Федерации осуществляет высший ИОГВ субъекта Российской Федерации.

Федерации, который является государственным заказчиком – главным распорядителем финансовых средств.

В зависимости от задач управления и контроля могут быть выделены четыре основных направления.

- 1) контроль за выполнением содержания программы субъекта Российской Федерации (содержательный);
- 2) контроль использования финансовых средств (финансовый);
- 3) контроль общественно-политический;
- 4) контроль независимый (заключительный, статистический), который реализуется в учреждениях медико-социальной экспертизы при оценке результатов исполнения мероприятий ИПРА по ее аспектам; результаты данной оценки входят в показатели государственной статистической отчетности федерального уровня (форма 7-собес).

Система контроля реализации программы субъекта Российской Федерации предполагает 3 уровня его реализации:

1-й уровень – обязательный контроль координатора, ответственного исполнителя, заказчика / координатора, как правило, ИОГВ в сфере социальной защиты населения субъекта Российской Федерации.

2-й уровень – контроль высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, который является государственным заказчиком / главным распорядителем финансовых средств.

3-й уровень – контроль федеральными структурами (в случае софинансирования региональных программ из федерального бюджета) и для выполнения федеральных показателей формирования системы комплексной реабилитации и абилитации.

Таким образом, предложенная система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности основана на показателях функционирования, жизнедеятельности, факторах окружающей среды с учетом отдельных личностных факторов. Обоснована необходимость применения



программного целевого финансирования. Эффективность управления системой комплексной реабилитации и абилитации обеспечивается мониторингом потребностей населения и реабилитационного потенциала субъекта Российской Федерации, межведомственным взаимодействием на всех этапах реабилитации, непрерывностью реабилитационного процесса, начиная с медицинской реабилитации, направления на медико-социальную экспертизу, разработки и реализации ИПРА, включением в эту деятельность исполнительных органов власти в соответствующих сферах субъекта Российской Федерации, координацией каждого инвалида при выполнении программы реабилитации. Организация такой системы возможна только программно-целевым способом с развитой системой управления и контроля исполнения планов и программ, включая динамическую коррекцию в соответствии с меняющимися потребностями и реабилитационным потенциалом субъекта Российской Федерации. Именно региональная программа обеспечивает эффективное использование финансирования в соответствии с установленными в программе целями, задачами.

## ВЫВОДЫ

1. Общая и первичная инвалидность являются медико-социальным индикатором постарения населения Российской Федерации. Выявлено снижение численности и уровня общей инвалидности на 9,1 % на фоне роста численности населения старше трудоспособного возраста на 27,3 % и снижения на 8,4 % лиц трудоспособного возраста. Возраст является важным фактором формирования контингента инвалидов с ограничением мобильности, так среди впервые признанных инвалиды I группы старше трудоспособного возраста составили 72,1 %. Инвалиды с ограничением мобильности составляют третью часть (35,5 %) всех первичных инвалидов, при этом нарушения нейромышечной, скелетной и связанной с движением (статодинамической) функции выявлены у 26,7 %, нарушения психической функции – у 6,8 %; нарушения сенсорной функции – у 1,4 %; языковые и речевые нарушения – у 0,6 %, соответственно.

2. На формирование инвалидности с ограничением мобильности влияют следующие факторы ( $p < 0,005$ ): а) возраст (в возрасте старше трудоспособного первичных инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, в 2,4 раза больше, чем в трудоспособном); б) место проживания: первичных инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, в 1,4 раза больше в городах, чем в селах; в) полиморбидность, которая зарегистрирована у 90,5 % впервые признанных инвалидами, использующих кресло-коляску, в качестве второго ведущего синдрома у трети колясочников зарегистрированы нарушения психической и языковых и речевых функций разной степени выраженности; у 23,1 % выявлены сенсорные нарушения; г) состояние здоровья (вид и степень нарушенных функций организма): нарушение статодинамической функции значительно выраженной степени в 3,1 раза выше у инвалидов старше трудоспособного возраста; д) ограничения жизнедеятельности, достоверные различия выявлены

практически во всех категориях в 3-й, самой тяжелой степени, так показатели тяжести ограничений у лиц старше трудоспособного возраста выше, чем у лиц трудоспособного возраста: «способность к общению» в 3,8 раза; «способность к ориентации» – в 6,3 раза; «способность к самостоятельному передвижению» – в 2,2 раза; «способность к самообслуживанию» – в 2,2 раза; «способность к трудовой деятельности» – в 1,7 раза, соответственно; категория «контроль за своим поведением» у лиц старше трудоспособного возраста определялась в 1,6 раза реже.

3. Основные потребности инвалидов с ограничением мобильности в комплексной реабилитации на индивидуальном, учрежденческом, региональном, федеральном уровнях их оценки определены доменами функционирования, активности и участия. Для инвалидов с ограничением мобильности характерны ограничение способности к трудовой деятельности, которое выявлено у всех первичных инвалидов, ограничение самообслуживания – у 81,4 %, ограничение передвижения – у 68,6 %, которые формируют потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации, создание специально созданных условий труда, содействия в трудоустройстве, социальной реабилитации, обеспечения техническими средствами реабилитации, содействия в приобретении автотранспортного средства, а также решения вопросов создания доступной среды, в том числе в жилом помещении.

4. «Барьеры окружающей среды» (в терминологии Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья) оказывают существенное влияние на удовлетворение основных потребностей инвалидов с ограничением мобильности. Так, полной компенсации ограничения способности к самостоятельному передвижению инвалиды-колясочники достигают при передвижении в жилье лишь в 6,7–20,0 % случаев в зависимости от зоны жилого помещения, в которой они передвигаются на кресле-коляске; при передвижении на улице – в 2,9–7,9 %, соответственно.

5. Определенные барьеры для инвалидов с ограничением мобильности выявлены при направлении на медико-социальную экспертизу у 84,0 % пациентов, при проведении медико-социальной экспертизы – у 79,0 %. Вместе с тем, степень выраженности проблем оказалась существенно различна: выраженные и значительно выраженные проблемы при направлении на МСЭ зарегистрированы в ответах 12,3 % респондентов, что в 2,4 раза выше, чем в службе МСЭ. Только 5,1 % отметили выраженные проблемы при осуществлении МСЭ, значительно выраженных проблем при предоставлении услуги по МСЭ не выявлено. Также зарегистрировано, что каждый пятый человек трудоспособного возраста и каждый десятый гражданин старше трудоспособного возраста направляется в учреждение МСЭ, не имея оснований для установления инвалидности, выявлен высокий удельный вес впервые признанных инвалидами II и I групп (до 56,3 %), что отражает недостаточно эффективную работу медицинских организаций по профилактике тяжелой инвалидности. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования деятельности медицинских организаций при направлении больных на медико-социальную экспертизу.

6. Алгоритм реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов с ограничением мобильности для адаптации жилья состоит из 4 этапов и включает: 1) оценку здоровья со стойким нарушением функций организма; 2) оценку жизнедеятельности инвалида и ее стойкое ограничение; 3) оценку социально-бытового и социально-средового статуса инвалида в естественной жизненной ситуации (в жилом помещении); 4) вынесение решения о нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения с учетом его реабилитационного потенциала и прогноза. Критерии реабилитационно-экспертной диагностики подразделены на три группы: клинико-функциональные, критерии активности и участия, а также барьеры и фассилитаторы окружающей среды.

7. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности основана на показателях функционирования, жизнедеятельности, окружающей среды и включает три уровня оценки данных показателей: федеральный, региональный и учрежденческий. Под системой комплексной реабилитации полагается совокупность методологических, правовых, методических, финансовых, организационных и инфраструктурных компонентов, обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы с учетом особенностей нарушений здоровья и жизнедеятельности инвалидов, профилактику инвалидности (в том числе оказание ранней помощи детям и их семьям) и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов и / или их семей, на основе внутриведомственного, межведомственного и / или междисциплинарного взаимодействия для полного или частичного восстановления / формирования способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

8. Инновационные предложения по формированию концепции комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности предполагают программно-целевой метод ее внедрения с учетом федеральных и региональных программ финансирования, предусматривают разделение полномочий между федеральными учреждениями, исполнительными органами государственной власти субъекта РФ и учреждениями по реализации индивидуальных программ реабилитации, а также эффективные методы управления и контроля (содержательного, финансового и общественного).

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В национальные проекты и государственные программы необходимо внести коррективы, предполагающие развитие профилактического, реабилитационного и медико-социального направлений в интересах инвалидов и граждан старшего поколения.

2. Включение оценки облегчающих факторов и барьеров окружающей среды в реабилитационно-экспертную диагностику и комплексную гериатрическую оценку с учетом положений МКФ по унифицированной схеме позволит более адресно и точно определить потребности индивидуума с учетом особенностей окружения, места проживания (дом, стационарное учреждение социального обслуживания, город, село и др.), наличия помощников и др., а также включить результаты оценки разных параметров, выполненных по единой схеме, в электронные системы учета и базы данных и производить обмен данными между специалистами.

3. Результаты экспертной оценки и сводные данные о потребностях инвалидов с ограничением мобильности в обеспечении для них доступной среды жизнедеятельности, как жилого помещения, так и ближайших объектов социальной инфраструктуры, могут быть использованы для определения приоритетов в действиях социальных служб, в частности:

а) для определения объектов, нуждающихся в первую очередь в решении вопросов их архитектурно-планировочной (физической) доступности и доступности предоставляемых ими услуг, т. к. переоборудовать сразу все учреждения весьма затруднительно;

б) для осуществления адресной социальной помощи инвалидам, нуждающимся в адаптации жилья и придомовой территории – с целью их

социальной интеграции (самостоятельно выйти из дома, самостоятельно совершать самообслуживание и др.);

в) для проведения мониторинга потребностей инвалидов в мероприятиях по обеспечению доступности жилого помещения с целью планового развития деятельности по формированию безбарьерной среды в субъекте РФ.

4. Предложены изменения в действующие документы, а также проекты новых нормативно-правовых актов, направленных на повышение эффективности механизмов функционирования системы комплексной реабилитации инвалидов.

5. Для развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в субъекте РФ требуется создание нормативно-правовой и методической базы субъекта РФ, направленной на реализацию мероприятий ИПРА инвалида или ребенка-инвалида по двум аспектам: 1) при взаимодействии разработчика ИПРА (учреждения МСЭ) и исполнителя ИПРА (ИОГВ субъекта РФ) и 2) при взаимодействии исполнителя ИПРА (ИОГВ субъекта РФ) и исполнителя мероприятий ИПРА.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Авилов, О. В. Оценка результативности работы с клиентом – основной элемент деятельности полипрофессиональной бригады психоневрологического интерната / О. В. Авилов, Н. Г. Вишникина, Г. Е. Иванова // Социальное обслуживание. – 2016. – № 6. – С. 58–61.
2. Административные системы и политика правосудия в сфере предоставления инвалидам ассистивных технологий и изделий (технических средств реабилитации) / М. А. Севастьянов, М. В. Коробов, О. Н. Владимирова, О. В. Вардосанидзе, А. В. Максимов, И. А. Божков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 3. – С. 10–16.
3. Адресная социальная политика в отношении инвалидов : перспективы и направления реформирования : заключительный аналитический отчет по проекту / Т. М. Малева, О. В. Синявская, Е. Ю. Шаталова, А. И. Пишняк, С. А. Васин. – М. : Независимый институт социальной политики, 2004. – 36 с.
4. Азбука доступной среды жизнедеятельности : информационно-методическое пособие / под ред. В. А. Власова. – Екатеринбург : Министерство социальной защиты населения Свердловской области : Изд-во АМБ, 2011. – 56 с.
5. Алиева, Л. М. Медико-социальные и организационно-экономические аспекты первичной инвалидности взрослого населения / Л. М. Алиева, Л. Н. Рыжакова, Т. В. Чижикова // Вестник РУДН. Серия «Медицина». – 2008. – № 1. – С. 102–104.
6. Алхасова, Х. А. Феномен инвалидности и социальная реабилитация инвалидов / Х. А. Алхасова // Взаимодействие науки и общества : проблемы и перспективы : сборник статей Международной научно-практической конференции (Казань, 8 июня 2017 г.). В 4 ч. Ч.4. – Уфа : МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2017. – С. 140–143.



7. Альбомы типовых проектных решений по переоборудованию объектов жилого фонда для проживания инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов [Электронный ресурс] : утверждены приказом Федерального агентства по строительству и жилищно-коммунальному хозяйству от 12 декабря 2012 г. № 89/ГС. – Режим доступа: <http://dwg.ru/dnl/11922> (дата обращения: 05.02.2020).

8. Аминова, З. М. Научное обоснование системы комплексной медико-психосоциальной реабилитации детей-инвалидов вследствие детского церебрального паралича : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.54 / Аминова Зульфа Мидхатовна. – М., 2009. – 328 с.

9. Анализ возможностей совершенствования правового регулирования действующего порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в связи с подписанием и ратификацией Российской Федерацией Международной конвенции о правах инвалидов / И. А. Божков, С. У. Дикаев, А. В. Максимов, М. А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2013. – № 1 (75). – С. 59–64.

10. Анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения в Республике Башкортостан / Р. М. Арсланов, Р. М. Халфин, И. Р. Валеев, Н. З. Шарафутдинова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – № 4. – С. 53–59.

11. Анализ результатов мониторинга ситуации с оказанием стационарной и амбулаторной медицинской помощи инвалидам Российской Федерации [Электронный ресурс] // Всероссийское общество инвалидов : сайт. – Режим доступа: [http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2012\\_god.html](http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2012_god.html) (дата обращения: 05.02.2020).

12. Анализ состояния социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации / А. С. Башкирёва, В. П. Шестаков, А. А. Свинцов, Г. И. Чернова, Т. С. Чернякина, Е. Ю. Качан, Е. А. Богданов // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26. – № 3. – С. 569–574.

13. Андреева, О. С. Изменение российского законодательства по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции ООН

о правах инвалидов / О. С. Андреева // Организационное и методическое обеспечение подготовительного этапа по реализации пилотного проекта по отработке новых технологий и подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 13–15 июня 2012 г.). – М. : Полиграф-плюс. – 2012. – С. 11–13.

14. Андреева, О. С. Обеспечение инвалидов креслами-колясками : информационно-методическое пособие / О. С. Андреева, Д. И. Лаврова. – М. : ФБМСЭ, 2012. – 40 с.

15. Андреева, О. С. Правовые, организационные и методические основы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации и (или) абилитации инвалида : учебно-методическое пособие / О. С. Андреева. – М. : ФБМСЭ, 2015. – 144 с.

16. Аникеева, Т. А. Состояние и основные направления совершенствования медико-социальной экспертизы в Пермском крае / Т. А. Аникеева, Ю. А. Мавликаева, О. А. Плотникова // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность : материалы VIII Международной научно-практической конференции (Пермь, 14 декабря 2016 г.) / под общ. ред. З. П. Замараевой, М. И. Григорьевой. – Пермь : Перм. гос. нац. исслед. ун-т, 2016. – С. 51–56.

17. Анкета по определению доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения квартиры [Электронный ресурс] : приложение № 2А к Методическим рекомендациям, утвержденным распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 04.04.2011 № 73-р // Консорциум «Кодекс» : электронный фонд правовой и нормативно-технической документации : сайт. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/473982107> (дата обращения: 05.02.2020).

18. Аргат, Ю. Н. Медико-социальные аспекты инвалидности у детей с психическими расстройствами и меры по их комплексной реабилитации : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.06 / Аргат Юрий Николаевич. – Омск, 2014. – 226 с.
19. Архипов, И. В. Качество жизни пожилых / И. В. Архипов // Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы : сборник научных работ I научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 18 марта 2016 г.) / под ред. д. м. н., доц. А. С. Башкиревой. – СПб. : Изд-во «Альта Астра». – С. 7–9.
20. Архипов, И. В. Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста – проблемы, пути, решения / И. В. Архипов, Г. С. Гурьянова // Клиническая геронтология. – 2016. – № 5/6. – С. 70–74.
21. Асмолова, Ю. А. Анализ первичной инвалидности лиц пожилого возраста и их потребности в реабилитационных вмешательствах / Ю. А. Асмолова // Студенческий научный форум – 2016 [Электронный ресурс] : материалы VIII Международной студенческой электронной научной конференции. – Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2016/discus/1628/19329> (дата обращения: 05.02.2020).
22. Аспекты реабилитации инвалидов пожилого возраста в Российской Федерации / С. Н. Пузин, М. А. Шургая, М. А. Шкурко, И. А. Красномясова, С. Н. Христофоров, С. С. Меметов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – Т. 19. – № 3. – С. 116–122. DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-3-116-122.
23. Ахметьянов, Р. Ф. Инвалидность вследствие травматизма в Российской Федерации и комплексная медико-социальная реабилитация : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.22 / Ахметьянов Рафис Фагимович. – М., 2004. – 281 с.
24. Ачкасов, Е. Е. Социальная реальность профессиональной деятельности врача / Е. Е. Ачкасов, Р. В. Шурупова, В. В. Куршев // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 2. – С. 74–79.
25. Бабичева, О. В. Показатели здоровья лиц пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в стационарном учреждении социального

обслуживания : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.30 / Бабичева Ольга Васильевна. – СПб., 2010. – 22 с.

26. Балека, Л. Ю. Некоторые правовые аспекты проведения медико-социальной экспертизы / Л. Ю. Балека, В. Н. Потапов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С.46–49.

27. Баринов, А. Н. Позвоночно-спинномозговая травма в Архангельской области, клинико-статистический анализ, организация медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.18 / Баринов Александр Николаевич. – СПб., 2011. – 24 с.

28. Баринова, Г. В. Доступная среда для инвалидов: проблемы и пути решения в российском обществе / Г. В. Баринова // Вестник ТвГУ. Серия «Философия». – 2014. – № 4. – С. 51–62.

29. Баринова, Г. В. Инвалидность как социальное явление современной России / Г. В. Баринова. – Саратов : Наука, 2015. – 189 с.

30. Баринова, Г. В. Инвалидность как социальный феномен современного российского общества (социально-философский анализ) : автореф. дис. ... д-ра филос. наук : 09.00.11 / Баринова Галина Викторовна. – М., 2015. – 56 с.

31. Баринова, Г. В. Феномен инвалидности в России (социально-философский анализ) / Г. В. Баринова. – М. : Бургас : МИИТ : Информа принт, 2014. – 181 с.

32. Барсуков, В. Н. К вопросу о причинах и последствиях демографического старения населения / В. Н. Барсуков // Альманах современной науки и образования. – 2014. – № 7 (85). – С. 31–34.

33. Башкирёва, А. С. Демографические и популяционные риски депопуляции работающего населения в России (аналитический обзор) / А. С. Башкирёва // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23. – № 1. – С. 30–39.

34. Башкирёва, А. С. Инновационные геронтологические технологии в развитии стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ / А. С. Башкирёва // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С. 19–24.

35. Бедорева, И. Ю. Научное обоснование системы менеджмента качества медицинской организации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Бедорева Ирина Юрьевна. – Новокузнецк, 2009. – 42 с.

36. Бодров, Ю. В. Занятость пенсионеров по инвалидности: социально-экономический аспект: по материалам предприятий торговли, массового питания и бытового обслуживания : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Бодров Юрий Викторович. – М., 2005. – 188 с.

37. Божков, И. А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перспективы её совершенствования / И. А. Божков, М. А. Севастьянов, В. А. Бронников // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11. – № 2. – С. 273–283.

38. Болтенков, Е. В. Вопросы социально-бытовой адаптации инвалидов, пользующихся креслами-колясками / Е. В. Болтенков, М. П. Ефимова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008. – № 4. – С. 98–100.

39. Болтенков, Е. В. Медико-социальные аспекты инвалидности в городе Москве и научное обоснование модели комплексной реабилитации инвалидов, пользующихся креслами-колясками : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.54 / Болтенков Евгений Владимирович. – М., 2009. – 191 с.

40. Бронников, В. А. Глоссарий по комплексной реабилитации инвалидов / В. А. Бронников, М. С. Надымова. – Пермь : АНО НВЦ «Аркус», 2007. – 88 с.

41. Бронников, В. А. Состояние и основные направления совершенствования медико-социальной реабилитации инвалидов в регионе (на материалах Пермского края) / В. А. Бронников, Ю. А. Мавликаева // Отечественный журнал социальной работы. – 2013. – № 2. – С. 75–81.

42. Буйлова, Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т. В. Буйлова // Медиаль. – 2013. – № 2. – С. 26–31.

43. Васильченко, Е. М. Вопросы адаптации к креслу-коляске инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата / Е. М. Васильченко, А. С. Кислова, Г. К. Золоев // Человек и его здоровье : материалы XVIII Российского национального конгресса (Санкт-Петербург, 16–18 октября 2013 г.) // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2013. – № 4 (54). – С. 106–106.

44. Вдовина, Л. Н. Реабилитация пенсионеров в условиях комплексного центра социального обслуживания населения (анализ собственного опыта практической работы) [Электронный ресурс] / Л. Н. Вдовина // Геронтология : электронный научный журнал. – 2013. – № 1. – Режим доступа: [gerontology.esrae.ru/ru/1-7](http://gerontology.esrae.ru/ru/1-7) (дата обращения: 05.02.2020).

45. Владимирова, О. Н. Доступность жилых помещений для инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: нормативно-правовые и методические вопросы / О. Н. Владимирова, А. В. Адрианов, Л. А. Карасаева // Врач-аспирант. – 2017. – № 2.1 (81). – С. 176–183.

46. Возможности применения положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при определении показаний к назначению технических средств реабилитации / М. А. Севастьянов, М. В. Коробов, О. Н. Владимирова, Э. Б. Балобина, И. А. Божков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2013. – № 4. – 68–72.

47. Всемирная программа действий в отношении инвалидов [Электронный ресурс] : принята резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи ООН от 3 декабря 1982 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/prog.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prog.shtml) (дата обращения: 05.02.2020).

48. Всеобщая декларация прав человека [Электронный ресурс] : принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа:

[https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/declhr.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml) (дата обращения: 05.02.2020).

49. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения : 2015 [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики : официальный сайт. – М. : Росстат, 2015. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/quality15/index.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/quality15/index.html) (дата обращения: 05.02.2020).

50. Горшков, В. И. Основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края в динамике за 16 лет (1997–2012 гг.) / В. И. Горшков, Д. В. Сапожникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 30–33.

51. ГОСТ Р 53874-2010 Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. – М. : Стандартинформ, 2011. – 6 с.

52. ГОСТ Р 56220-2014 Требования к организациям, предлагающим услуги по сопровождаемому проживанию для пожилых людей. – М. : Стандартинформ, 2015. – 18 с.

53. ГОСТ Р ИСО 9999-2014 Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология. – М. : Стандартинформ, 2015. – 106 с.

54. Градостроительный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 29 дек. 2004 г. № 190-ФЗ : принят Гос. Думой 22 дек. 2004 г. : одобрен Советом Федерации 24 дек. 2004 г. // Российская газета, № 290. – 2004. – 30 декабря.

55. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая : Федеральный закон от 30 нояб. 1994 г. № 51-ФЗ : принят Гос. Думой 21 окт. 1994 г. // Российская газета, № 238/239. – 1994. – 8 декабря.

56. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая : Федеральный закон от 26 янв. 1996 г. № 14-ФЗ : принят Гос. Думой 22 дек. 1995 г. // Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 5. – Ст. 410.

57. Гришин, М. Э. Инвалидность вследствие бытовых травм и медико-социальная реабилитация: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.00 / Гришин Максим Эдуардович. – М., 2009. – 159 с.

58. Гусева, Н. К. Особенности формирования первичной инвалидности взрослого населения Нижегородской области / Н. К. Гусева, С. В. Герман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С.15–19.

59. Данилова, С. Г. Инвалидность, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов вследствие травмы позвоночника и спинного мозга: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33, 14.00.13 / Данилова Светлана Григорьевна. – М., 2006. – 274 с.

60. Декларация о правах людей с физическими и умственными недостатками [Электронный ресурс]: принята резолюцией 3447 Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1975 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/disabled.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml) (дата обращения: 05.02.2020).

61. Демографический ежегодник России : 2015 : статистический сборник : официальное издание. – М. : Росстат, 2015. – 263 с.

62. Демографический энциклопедический словарь / под ред. Д. И. Валентя. – М. : Советская энциклопедия, 1985. – 608 с.

63. Дефекты оформления медицинской документации как следствие недостаточного медицинского контроля за модификацией факторов риска важнейших неинфекционных заболеваний / А. В. Зелионко, В. С. Лучкевич, И. А. Мишкич, М. В. Авдеева // Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – № 3 (56). – С. 24–30.

64. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья / Ж. Л. Варакина, Л. А. Арапова, А. М. Вязьмин, А. Л. Санников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 4. – С. 18–20.



65. Дмитренко, Л. Б. Системный анализ современных тенденций развития и условий проведения медико-социальной экспертизы / Л. Б. Дмитренко, О. В. Сергеева, Т. В. Косенкова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16. – № 4. – С. 967–971.

66. Доклад о состоянии дел по созданию в Республике Башкортостан доступной среды жизнедеятельности для маломобильных граждан, 2012 [Электронный ресурс] // Министерство семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан : официальный сайт. – Уфа : Министерство семьи и труда РБ, 2020. – Режим доступа: [http://mintrudrb.ru/upload/docs/doklad\\_dostupnaya%20sreda\\_2012.pdf](http://mintrudrb.ru/upload/docs/doklad_dostupnaya%20sreda_2012.pdf) (дата обращения: 05.02.2020).

67. Домашенко, А. А. Социально-гигиенические аспекты инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов вследствие травм нижних конечностей : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.22 / Домашенко Андрей Александрович. – М., 2003. – 136 с.

68. Доступная среда для инвалидов : иллюстрированное справочное пособие. – М. : «Перспективы», 2003. – 32 с.

69. Драенкова, Ф. Р. Динамика и тенденции первичной инвалидности взрослого населения Рязанской области / Ф. Р. Драенкова, Л. С. Пустынкина, А. Е. Лесовой // Наука молодых – Eruditio Juvenium. ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – 2013. – № 4. – С. 115–119.

70. Дымочка, М. А. Вопросы совершенствования нормативно-правового регулирования комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / М. А. Дымочка // Совершенствование межведомственного взаимодействия в рамках разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 22–23 июня 2017 г.) / под общ. ред. М. А. Дымочки. – М. : Федеральное бюро МСЭ Минтруда и социальной защиты РФ, 2017. – С. 7–15.

71. Дымочка, М. А. Комплексный анализ закономерностей формирования инвалидности и разработка современных методологических основ медико-социальной экспертизы при заболеваниях нервной системы : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.06 / Дымочка Михаил Анатольевич. – М., 2010. – 244 с.

72. Дымочка, М. А. Модель пилотного проекта по отработке подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова // Организационное и методическое обеспечение подготовительного этапа по реализации пилотного проекта по отработке новых технологий и подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 13–15 июня 2012 г.). – М. : Полиграф-плюс, 2012. – С. 6–11.

73. Дымочка, М. А. Перечень методов обследования граждан лечебно-профилактическими учреждениями, необходимыми для направления на медико-социальную экспертизу : информационное письмо / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова. – М. : Федеральное бюро МСЭ, 2012. – 29 с.

74. Европейская социальная хартия (пересмотренная) [Электронный ресурс] : Страсбург, 3 мая 1996 г. // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/2541037/> (дата обращения: 06.02.2020).

75. Егоршин, А. П. Об экономическом эффекте снижения уровня заболеваемости и инвалидности населения / А. П. Егоршин, Н. А. Полина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 59 (1). – С. 21–25.

76. Ермакова, А. Е. Анализ первичной инвалидности лиц старшего возраста с полиморбидностью / А. Е. Ермакова, М. Н. Киндрас, М. А. Маслова // Фундаментальные исследования. – 2009. – № 4. – С. 50.

77. Естественное движение населения Российской Федерации [Электронный ресурс] : ежеквартальный бюллетень // Федеральная служба государственной статистики : официальный сайт. – М. : Росстат, 2015. – Режим

доступа: [https://www.gks.ru/bgd/regl/b15\\_106/Main.htm](https://www.gks.ru/bgd/regl/b15_106/Main.htm) (дата обращения: 06.02.2020).

78. Естественное движение населения Российской Федерации [Электронный ресурс] : ежеквартальный бюллетень // Федеральная служба государственной статистики : архивный сайт. – М. : Росстат, 2008–2014. – Режим доступа:

[http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140096846203](http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140096846203) (дата обращения: 06.02.2020).

79. Жаворонков, Р. Н. Правовое регулирование труда и социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.05 / Жаворонков Роман Николаевич. – М., 2014. – 495 с.

80. Жозлан, Л. Ресурсный центр реабилитации инвалидов. Принципы работы, менеджмент знаний / Л. Жозлан. – Нижний Новгород, 2007. – 37 с.

81. Жукова, Т. Н. Комплексная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов / Т. Н. Жукова // Человек и его здоровье : материалы XVIII Российского национального конгресса (Санкт-Петербург, 16–18 октября 2013 г.) // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2013. – № 4 (54). – С. 9–11.

82. Законодательное закрепление вопросов социального обслуживания граждан пожилого возраста в Российской Федерации (обзор) / А. С. Башкирёва, В. П. Шестаков, А. А. Свинцов, В. И. Радутто, Е. А. Богданов, Г. И. Чернова, Т. С. Чернякина // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. – № 2. – С. 297–301.

83. Захарова, Н. О. Совершенствование качества оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста / Н. О. Захарова, О. Л. Никитин // Актуальные проблемы дополнительного профессионального образования и здравоохранения : материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета (Самара, 14 марта 2013 г.) / под ред. Г. П. Котельникова, С. Н. Измалкова. – Самара : Самар. Гос. мед. ун-т, 2013. – С. 172–173.

84. Захарченко, Ю. И. Научное обоснование и пути совершенствования системы реабилитации инвалидов на основе изучения закономерностей формирования заболеваемости и инвалидности : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.52 / Захарченко Юрий Иванович. – М., 2008. – 337 с.

85. Захарьян, А. Г. Особенности первичной инвалидности населения Новосибирской области / А. Г. Захарьян // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 1. – С. 38–44.

86. Злобина, И. А. Методология проведения медико-социальных исследований по проблемам остеопороза и остеоартроза в гериатрической практике [Электронный ресурс] / И. А. Злобина, К. И. Прощаев // Геронтология : электронный научный журнал. – 2014. – № 2. – Режим доступа: <http://gerontology.su/magazines?text=169> (дата обращения: 11.01.2017).

87. Иванов, А. В. Инновационные процессы в системе реабилитации инвалидов : автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Иванов Артем Валентинович. – М., 2010. – 22 с.

88. Иванова, Г. Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития / Г. Е. Иванова // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 5. – С. 4–8.

89. Изучение потребности маломобильных инвалидов в создании доступной среды жизнедеятельности в Санкт-Петербурге / О. Н. Владимирова, Т. Н. Шеломанова, И. Е. Македонова, М. В. Рохманова // Вестник всероссийской гильдии ортопедов-протезистов. – 2012. – № 1/2 (47/48). – С. 47–53.

90. Ильин, В. А. Психосоциальная теория как полидисциплинарный подход к анализу социальных процессов в современном обществе : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.13 / Ильин Валерий Александрович. – М., 2009. – 58 с.

91. Ильницкий, А. Н. Профилактика инвалидности при терапевтической патологии у лиц пожилого возраста: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.53 / Ильницкий Андрей Николаевич. – СПб., 2007. – 396 с.

92. Ильченко, Е. В. Институциональный анализ социального обслуживания людей с инвалидностью: автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Ильченко Елена Валентиновна. – Ставрополь, 2013. – 25 с.

93. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т. М. Малевой. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 256 с.

94. Инвалидность как медико-социальный индикатор состояния здоровья и старения населения в Российской Федерации / О. Н. Владимирова, А. С. Башкирёва, М. В. Коробов, О. В. Хорькова, О. В. Ломоносова // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – № 3. – С. 398–402.

95. Индолев, Л. Н. Тем, кто в коляске и рядом с ними / Л. Н. Индолев. – Пермь : РИЦ «Здравствуй», 1995. – 380 с.

96. Инновационные подходы к трудоустройству инвалидов с выраженными ограничениями жизнедеятельности в самостоятельном передвижении / Л. А. Карасаева, В. С. Лучкевич, А. Ш. Каличава, О. Н. Владимирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20. – № 2. – С. 75–79.

97. Исторические этапы развития и становления службы медико-социальной экспертизы в России / С. Н. Пузин, Н. В. Дмитриева, С. Б. Шевченко, М. А. Осадчук, В. Г. Суворов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 1. – С. 50–54.

98. К вопросу о реабилитации инвалидов вследствие инсульта на региональном уровне / Ю. А. Мавликаева, О. А. Плотникова, В. А. Бронников, К. А. Склянная // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность : материалы VIII Международной научно-практической конференции (Пермь, 14 декабря 2016 г.) / под общ. ред. З. П. Замараевой, М. И. Григорьевой. – Пермь : Перм. гос. нац. исслед. ун-т, 2016. – С. 188–192.

99. Как грамотно обустроить санузел для инвалида или пожилого человека [Электронный ресурс] // РИА Недвижимость : сайт. – Режим доступа: <https://realty.ria.ru/20200205/1564274805.html> (дата обращения: 06.02.2020).

100. Калабеков, И. Г. Российские реформы в цифрах и фактах : издание второе, переработанное и дополненное / И. Г. Калабеков. – М. : РУСАКИ, 2010. – 498 с.

101. Кантемирова, Р. К. Гериатрический статус пациентов с метаболическим синдромом / Р. К. Кантемирова, И. С. Ишутина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 160–167.

102. Кантемирова, Р. К. Медико-социальная диагностика больных разных возрастных групп с метаболическим синдромом / Р. К. Кантемирова, И. С. Ишутина, З. Д. Фидарова // Современная модель инвалидности и реабилитации инвалидов : материалы научно-практической конференции в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» (Санкт-Петербург, 26–27 ноября 2015 г.). – М. : ООО «Транслит», 2015. – С. 223–227.

103. Кантемирова, Р. К. Межведомственное взаимодействие учреждений Санкт-Петербурга по обеспечению дополнительными техническими средствами реабилитации инвалидов пожилого возраста вследствие цереброваскулярных болезней / Р. К. Кантемирова, О. В. Вардосанидзе, Е. В. Кароль // Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» : материалы научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 27–28 августа 2015 г.). – СПб. : ЦИАЦИН, 2015. – С. 168–169.

104. Карасаева, Л. А. Научное обоснование и совершенствование организационно-методических, правовых и медико-социальных основ системы профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03, 14.02.06 / Карасаева Людмила Алексеевна. – СПб., 2011. – 448 с.

105. Карасаева, Л. А. Организационно-правовые основы межведомственного взаимодействия учреждений, принимающих участие в

реабилитации инвалидов / Л. А. Карасаева, Н. Ю. Сибогатулина // Развитие общего образовательного пространства государств – участников СНГ : достижения, проблемы, перспективы : материалы Международной научно-практической видеоконференции (Санкт-Петербург, 18–19 декабря 2014 г.) / под ред. С. П. Полутина, Н. В. Мюллер. – СПб. : СПбГЭУ, 2015. – С. 125–126.

106. Каретникова, В. М. К вопросу о финансовых затратах в связи с инвалидностью при бронхообструктивных заболеваниях / В. М. Каретникова, И. Л. Петрунько // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2010. – № 6. – С. 171–173.

107. Каспарьян, Ж. Э. Совершенствование региональной социально-экономической политики в отношении населения с инвалидностью : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Каспарьян Жанна Эдуардовна. – Апатиты, 2010. – 170 с.

108. Кириенко, Е. В. Медико-социальные аспекты инвалидности и обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации в Москве : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.54 / Кириенко Елена Владимировна. – М., 2007. – 171 с.

109. Классификации и критерии при проведении медико-социальной экспертизы с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : методическое пособие / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова, Н. Д. Талалаева, Е. С. Либман и др.; под общ. ред. Д. И. Лавровой. – М. : ФГБУ ФБМСЭ, 2012. – 220 с.

110. Климаш, А. В. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения травматических поражений головного мозга : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.28 / Климаш Андрей Васильевич. – СПб., 2005. – 24 с.

111. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях : Федеральный закон от 30 дек. 2001 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 20 дек. 2001 г. : одобрен Советом Федерации 26 дек. 2001 г. // Российская газета, № 256. – 2001. – 31 декабря.

112. Кодификатор категорий инвалидности : методическое пособие / А. А. Гальянов, И. С. Ишутина, Н. Н. Лебедева, И. И. Никитченко и др. – СПб. : ФГБУ СПбНЦЭПР им. Г. А. Альбрехта, 2012. – 24 с.

113. Комплексное наблюдение условий жизни населения : 2011 [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики : официальный сайт. – М. : Росстат, 2012. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/KOUZ/survey0/index.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/index.html) (дата обращения: 06.02.2020).

114. Комплексное наблюдение условий жизни населения : 2014 [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики : официальный сайт. – М. : Росстат, 2015. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/KOUZ14/survey0/index.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ14/survey0/index.html) (дата обращения: 06.02.2020).

115. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин [Электронный ресурс]: принята резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1979 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/cedaw.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/cedaw.shtml) (дата обращения: 06.02.2020).

116. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения: 06.02.2020).

117. Конвенция о правах ребенка [Электронный ресурс]: принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа:



[http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/childcon.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml) (дата обращения: 06.02.2020).

118. Конвенция ООН о правах инвалидов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2010. – № 1. – С. 1–47.

119. Конституция Российской Федерации : офиц. текст. – М. : Маркетинг, 2001. – 39 с.

120. Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов [Электронный ресурс] // Законы, кодексы и нормативно-правовые акты Российской Федерации : сайт. – М., 2015–2020. – Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/kontseptsija-sovershenstvovaniija-gosudarstvennoi-sistemy-mediko-sotsialnoi-ekspertizy-i/> (дата обращения: 06.02.2020).

121. Коробов, М. В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : основные положения : учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб. : СПБИУВЭК, 2011. – 35 с.

122. Коробов, М. В. МКФ. Классификация категорий активности и участия : учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб. : СПБИУВЭК, 2011. – 31 с.

123. Коробов, М. В. МКФ. Классификация факторов окружающей среды : учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб. : СПБИУВЭК, 2011. – 31 с.

124. Коробов, М. В. МКФ. Классификация функций и структур организма : учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб. : СПБИУВЭК, 2011. – 34 с.

125. Коробов, М. В. Статистика медико-социальной экспертизы : учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб. : СПБИУВЭК, 2015. – 115 с.

126. Кочубей, А. В. Анализ информативности историй болезни стоматологических ортопедических пациентов с позиций международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / А. В. Кочубей, С. А. Филюк // Кубанский медицинский вестник. – 2012. – № 3. – С. 88–91.

127. Кулагина, Э. Н. Социальная инфраструктура : экономические проблемы и перспективы : монография / Э. Н. Кулагина, Н. А. Полина, А. В. Разумовский. – Нижний Новгород : Издательство «Дятловы горы». – 2010. – 428 с.

128. Кулешов, Е. В. Перспективы использования Международной классификации функционирования, жизнедеятельности и здоровья (МКФ) при проведении медико-социальной экспертизы / Е. В. Кулешов // Организационное и методическое обеспечение подготовительного этапа по реализации пилотного проекта по отработке новых технологий и подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 13–15 июня 2012 г.). – М. : Полиграф-плюс. – 2012. – С. 146–147.

129. Куликова, Н. Г. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью / Н. Г. Куликова, С. Ш. Камурзоева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 14–16.

130. Лаврентьева, М. А. Современные проблемы медико-демографической ситуации в Нижегородской области [Электронный ресурс] / М. А. Лаврентьева // NovaInfo. – № 45-1. – 2016. – 3 мая. – Режим доступа: <http://novainfo.ru/article/5724> (дата обращения: 06.02.2020).

131. Лаврова, Д. И. Принципы применения для медико-социальной экспертизы количественной оценки в баллах степени выраженности тяжести заболеваний, последствий травм или дефектов, приводящих к ограничениям основных категорий жизнедеятельности / Д. И. Лаврова, Л. Е. Кузьмишин // Организационное и методическое обеспечение подготовительного этапа по реализации пилотного проекта по отработке новых технологий и подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 13–15 июня 2012 г.). – М. : Полиграф-плюс. – 2012. – С. 11–15.

132. Лецкая, О. А. Инвалидность, принципы реабилитационно-экспертной диагностики и медико-социальной реабилитации у лиц пенсионного возраста при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.00 / Лецкая Ольга Александровна. – М., 2005. – 160 с.

133. Лукьянова, И. Е. Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33, 14.00.51 / Лукьянова Инна Евгеньевна. – М., 2009. – 318 с.

134. Лунёв, В. П. Социально-гигиенические основы инвалидности трудоспособного населения в Российской Федерации и научное обоснование развития комплексной медико-социальной реабилитации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.54 / Лунёв Вячеслав Петрович. – М., 2007. – 353 с.

135. Лучкевич, В. С. Качество жизни как критерий эффективности реализации лечебно-оздоровительных программ / В. С. Лучкевич // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2012. – № 3. – С. 26–29.

136. Лысова, Е. А. Роль гериатрического стационара в формировании качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией [Электронный ресурс] / Е. А. Лысова // Геронтология : электронный научный журнал. – 2014. – № 1. – Режим доступа: <http://gerontology.su/magazines?text=157> (дата обращения: 06.02.2020).

137. Мавликаева, Ю. А. Характеристика инвалидизации населения старше трудового возраста в Пермском крае / Ю. А. Мавликаева, Т. Д. Попкова // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современная система социального обслуживания населения в России и Пермском крае : проблемы и перспективы развития : сборник материалов VI международной научно-практической конференции (Пермь, 3 декабря 2014 г.) / под общ. ред. З. П. Замараевой, М. И. Григорьевой. – Пермь : Перм. гос. нац. исслед. ун-т, 2014. – С. 93–98.

138. Мадридский международный план действий по проблемам старения населения [Электронный ресурс] : принят второй Всемирной ассамблеей по проблемам старения, Мадрид, 8–12 апреля 2002 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/ageing\\_program.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml) (дата обращения: 06.02.2020).

139. Макиенко, М. А. Проблемы и перспективы сохранения качества жизни пожилых людей в Российской Федерации / М. А. Макиенко // Вестник науки Сибири. – 2015. – № 1 (16). – С. 29–39.

140. Мартынов, А. П. Безбарьерная карта г. Читы / А. П. Мартынов, С. А. Петров. – Чита, 2011. – 80 с.

141. Махмудова, А. Н. Инвалидность вследствие церебрального паралича и других паралитических синдромов у детей и комплексная медико-социальная реабилитация : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.06 / Махмудова Арзу Назимовна. – М., 2011. – 35 с.

142. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Российской Федерации / О. Н. Владимирова, А. С. Башкирёва, М. В. Коробов, О. В. Ломоносова, О. В. Хорькова // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – № 4. – С. 498–504.

143. Межведомственное взаимодействие по вопросам контроля качества направления на медико-социальную экспертизу / В. П. Косолапов, О. В. Сергеева, Г. В. Сыч, Т. В. Косенкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2014. – № 4. – С. 33–37.

144. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» – приоритетная основа разработки и реализации реабилитационных мероприятий / Х. В. Иксанов, Т. Ю. Быковская, Р. Р. Мухаматдинов, В. Н. Потапов, Н. С. Говорушкина, И. А. Миненко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 1. – С. 15–24.

145. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : 54-я сессия ассамблеи Всемирной Организации Здравоохранения 22 мая 2001 г. Библиотечная служба ВОЗ. – СПб. : СПБИУВЭК Минтруда РФ, 2003. – 228 с.

146. Международная основа для моделирования политики в сфере инвалидности : проект «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском федеральном округе». – Нижний Новгород, 2007. – 23 с.

147. Мелёхин, А. И. Алгоритм комплексной гериатрической оценки состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] / А. И. Мелёхин // Клиническая и медицинская психология : исследования, обучение, практика : электронный научный журнал. – 2016. – № 3 (13). – Режим доступа: [http://www.medpsy.ru/climp/2016\\_3\\_13/article04.php](http://www.medpsy.ru/climp/2016_3_13/article04.php) (дата обращения: 06.02.2020).

148. Мелёхин, А. И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы / А. И. Мелёхин // Современная зарубежная психология. – 2016. – Т. 5. – № 1. – С. 53–63.

149. Меметов, С. С. Социально-гигиенические аспекты инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов с последствиями боевых травм опорно-двигательной системы: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Меметов Сервир Сеитягьяевич. – М., 2001. – 145 с.

150. Методика оценки профессиональных возможностей подростков с нарушениями двигательных функций верхних и нижних конечностей : методическое пособие / под ред. Е. М. Старобиной. – СПб, 2001. – 75 с.

151. Методика разработки профессиональных (трудовых) рекомендаций для подростков с нарушениями двигательных функций верхних и нижних конечностей : методическое пособие / под ред. Е. М. Старобиной. – СПб. : ФГБОУ СПбНЦЭПР им. Г. А. Альбрехта Минтруда России : Изд-во «Знак», 2013. – 148 с.

152. Методические основы экспертной оценки потребности инвалидов в приспособлении (адаптации) жилья / О. Н. Владимирова, С. Н. Пузин,

Л. А. Кожушко, О. В. Ломоносова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 2. – С. 58–75.

153. Методические рекомендации по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях» : утверждены приказом Минтруда России от 14 дек. 2017 г. № 847 // [Электронный ресурс] // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/1278> (дата обращения: 07.02.2020).

154. Методические рекомендации по технологии социально-бытовой адаптации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата на модели жилого помещения / С. Н. Пузин, Н. Ф. Дементьева, Д. И. Лаврова, Ю. А. Ковшарь, Д. А. Турченкова. – М. : Минтруд РФ. – 2000. – 11 с.

155. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора [Электронный ресурс] : методические указания от 12 декабря 2014 г. // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/64> (дата обращения: 06.02.2020).

156. Методическое пособие для обучения (инструктирования) сотрудников учреждений МСЭ и других организаций по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи / Р. Н. Жаворонкова, Н. В. Путило, О.Н. Владимирова, В. Л. Баранков, А. Л. Благодир, Н. С. Волкова, Т. С. Глазырин, И. В. Горяйнов, О. Ю. Еремина, Е. Г. Иваненко, Д. И. Махник, Т. Е. Мельник, И. В. Плюгина, Е. В. Пуляева, Ф. В. Цомартова, Ю. И. Шуплецова : методическое пособие. В 2-х частях. – М. : Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации : Фонд содействия научным исследованиям проблем инвалидности, 2015. – 555 с.

157. Методы управления процессом реабилитации пострадавших на производстве / М. А. Севастьянов, М. В. Коробов, О. Н. Владимирова, А. М. Сарана // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 3. – С. 2–7.

158. Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов. Руководство для наблюдателей в области прав человека. Серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17. – Нью-Йорк – Женева : ООН, 2010. – 76 с.

159. Научно-практический опыт реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Приволжском федеральном округе : сборник статей : проект «Социальная интеграция в Приволжском федеральном округе» / под ред. В. А. Бронникова. – Нижний Новгород, 2007. – 94 с.

160. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / О. Н. Владимирова, А. В. Шошмин, С. В. Малькова, В. В. Галаудина, Е. Е. Ачкасов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 18–29.

161. Некоторые актуальные аспекты социальной геронтологии / Л. И. Каспрук, Д. Н. Бегун, Г. Т. Жакупова, Д. М. Снасапова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 52–59.

162. Немсцверидзе, Э. Я. Социально-гигиенические аспекты образа жизни пожилых инвалидов [Электронный ресурс] / Э. Я. Немсцверидзе // Современные проблемы науки и образования : электронный научный журнал. – 2012. – № 1. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5432> (дата обращения: 06.02.2020).

163. Новгородова, Я. С. Инвалидность вследствие травм нижних конечностей в Республике Саха (Якутия) и современные подходы к комплексной реабилитации инвалидов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.00 / Новгородова Яна Семеновна. – М., 2007. – 26 с.

164. Новиков, М. Дорогу осилит идущий [Электронный ресурс] / М. Новиков // Aurat.ru : информация по реабилитации инвалида-колясочника,

спинальника и др. : сайт. – Режим доступа: [http://aupam.narod.ru/pages/biblioteka/dorogu\\_osilit\\_iduthiyj/oglavlenie.html](http://aupam.narod.ru/pages/biblioteka/dorogu_osilit_iduthiyj/oglavlenie.html) (дата обращения: 06.02.2020).

165. Новокрещенова, И. Г. Качество оказания медицинской помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических условиях: по данным социологического исследования / И. Г. Новокрещенова, И. К. Сенченко // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 21–26.

166. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 1 дек. 2014 г. № 419-ФЗ : принят Гос. Думой 21 нояб. 2014 г. : одобрен Советом Федерации 26 нояб. 2014 г. // Российская газета, № 278. – 2014. – 5 декабря.

167. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 27 авг. 2019 г. № 585н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/> (дата обращения: 06.02.2020).

168. О мерах по приспособлению жилых помещений и общего имущества в многоквартирном доме с учетом потребностей инвалидов [Электронный ресурс] : постановление Правительства РФ от 9 июля 2016 г. № 649 // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/797368/> (дата обращения: 06.02.2020).

169. О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг [Электронный ресурс] : постановление Правительства РФ от 27 июля 1996 г. № 901 // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10136025/#ixzz4cXOrtsUj> (дата обращения: 06.02.2020).



170. О региональных аспектах социальной политики Правительства Российской Федерации : постановление Совета Федерации от 15 февр. 2017 г. № 31-СФ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 8. – Ст. 1157.

171. О результатах комплексного мониторинга социально-экономического положения пожилых людей [Электронный ресурс] : доклад от 1 июня 2015 г. // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/197> (дата обращения: 06.02.2020).

172. О результатах мониторинга социально-экономического положения граждан пожилого возраста [Электронный ресурс] : информация от 28 мая 2014 г. // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/93> (дата обращения: 06.02.2020).

173. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 24 нояб. 1995 г. № 181-ФЗ : принят Гос. Думой 20 июля 1995 г. : одобрен Советом Федерации 15 нояб. 1995 г. : по состоянию на 23 февр. 2013 г. // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/10164504/> (дата обращения: 06.02.2020).

174. О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов : Федеральный закон от 2 авг. 1995 г. № 122-ФЗ : принят Гос. Думой 17 мая 1995 г. : одобрен Советом Федерации 21 июля 1995 г. // Российская газета, № 150. – 1995. – 4 августа.

175. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации [Электронный ресурс] : Указ Президента РФ от 31 дек. 2015 г. № 683 // Гарант.ру: информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71296054/> (дата обращения: 06.02.2020).

176. О техническом регулировании : Федеральный закон от 27 дек. 2002 г. № 184-ФЗ : принят Гос. Думой 15 дек. 2002 г. : одобрен Советом Федерации 18 дек. 2002 г. // Российская газета, № 245. – 2002. – 31 декабря.

177. О физической культуре и спорте в Российской Федерации : Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ : принят Гос. Думой 16 нояб. 2007 г. : одобрен Советом Федерации 23 нояб. 2007 г. // Российская газета, № 276. – 2007. – 8 декабря.

178. Об итогах работы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. [Электронный ресурс] : официальный сайт. – Режим доступа: <https://minsoc.gov-murman.ru/upload/iblock/7a7/Doklad-na-kollegiyu-2019-god-knizhka.pdf>.

179. Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности : постановление Правительства Российской Федерации от 12 авг. 1994 г. № 927 // Российская газета, № 163. – 1994. – 27 августа.

180. Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации : Федеральный закон от 6 окт. 1999 г. № 184-ФЗ : принят Гос. Думой 22 сент. 1999 г. // Российская газета, № 206. – 1999. – 19 октября.

181. Об организации в Российской Федерации системы федеральных статистических наблюдений по социально-демографическим проблемам и мониторинга экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения : постановление Правительства Российской Федерации от 27 нояб. 2010 г. № 946 // Российская газета, № 277. – 2010. – 8 декабря.

182. Об организации деятельности, связанной с функционированием системы независимой оценки качества работы организаций, оказывающих услуги в сфере социального обслуживания [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 29 февр. 2016 г. № 80 : по состоянию на 6 мая 2016 г. // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/488> (дата обращения: 06.02.2020).

183. Об основах законодательства Российской Федерации о культуре: Закон Российской Федерации от 9 окт. 1992 г. № 3612-1 : принят Верховным Советом РФ // Российская газета, № 248. – 1992. – 17 ноября.

184. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ : принят Гос. Думой 1 нояб. 2011 г. : одобрен Советом Федерации 9 нояб. 2011 г. // Российская газета. Федеральный выпуск, № 5639. – 2011. – 23 ноября.

185. Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации : Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 15 нояб. 1995 г. // Российская газета, № 243. – 1995. – 19 декабря.

186. Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления [Электронный ресурс] : Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 601 // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70170942/#ixzz4cdaRtBnt> (дата обращения: 06.02.2020).

187. Об унификации методических подходов к оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями инсульта на экспертном и реабилитационном этапах с учетом принципов международной классификации функционирования / В. А. Бронников, В. Б. Смычек, Ю. А. Мавликаева, Ю. И. Кравцов, К. А. Складная, О. А. Плотникова, А. В. Вильдеман // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 4. – С. 55–69.

188. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы [Электронный ресурс] : постановление Правительства РФ от 1 дек. 2015 г. № 1297 // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/government/170> (дата обращения: 06.02.2020).

189. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (с изменениями на 26 января 2012 г.) [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 23 дек. 2009 г. № 1013н // Консорциум «Кодекс» : электронный фонд правовой

и нормативно-технической документации : сайт. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902203950> (дата обращения: 05.02.2020).

190. Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов : приказ Минтруда России от 30 июня 2017 г. № 545 // Бюллетень трудового и социального законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 10. – С. 12.

191. Об утверждении методики разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации) : приказ Минтруда России от 26 дек. 2017 г. № 875 // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71762166/> (дата обращения: 04.02.2020).

192. Об утверждении методики формирования и обновления карт доступности объектов и услуг, отображающих сравнимую информацию о доступности объектов и услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 25 дек. 2012 г. № 626 // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/59> (дата обращения: 06.02.2020).

193. Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики : приказ Минтруда России от 25 дек. 2012 г. № 627 [Электронный ресурс] // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/58> (дата обращения: 06.02.2020).

194. Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных» :

приказ Минтруда России от 3 дек. 2018 г. № 765 // Бюллетень трудового и социального законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 2. – С. 182.

195. Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 нояб. 2012 г. № 991н // Российская газета. Федеральный выпуск, № 5982. – 2013. – 16 января.

196. Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире: постановление Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378 // Российская газета, № 131. – 2006. – 21 июня.

197. Об утверждении Плана мероприятий Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации («дорожной карты») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 30 сент. 2015 г. № 672 // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71216924/> (дата обращения: 04.02.2020).

198. Об утверждении плана мероприятий на 2016–2020 годы по реализации первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 года : распоряжение Правительства РФ от 29 нояб. 2016 г. № 2539-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 50. – Ст. 7125.

199. Об утверждении Положения о признании помещения жилым помещением, жилого помещения непригодным для проживания и многоквартирного дома аварийным и подлежащим сносу или реконструкции: постановление Правительства РФ от 28 янв. 2006 г. № 47 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2006. – № 6. – Ст. 702.

200. Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере труда, занятости и социальной защиты населения, а также оказания им при этом необходимой

помощи [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 30 июля 2015 г. № 527н // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/429> (дата обращения: 04.02.2020).

201. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 29 янв. 2016 г. № 38н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/> (дата обращения: 04.02.2020).

202. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 31 июля 2015 г. № 528н // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/426> (дата обращения: 04.02.2020).

203. Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений [Электронный ресурс] : приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 нояб. 2014 г. № 940н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70883236/> (дата обращения: 04.02.2020).

204. Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении) : приказ Минтруда России от 18 нояб. 2014 г. № 889н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-

сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70800364/> (дата обращения: 04.02.2020).

205. Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены : приказ Минтруда России от 24 мая 2013 г. № 215н // Российская газета, № 199. – 2013. – 6 сентября.

206. Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены : приказ Минздравсоцразвития России от 27 дек. 2011 г. № 1666н // Российская газета, № 61. – 2012. – 21 марта.

207. Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года : распоряжение Правительства РФ от 5 февр. 2016 г. № 164-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 7. – Ст. 1017.

208. Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 18 авг. 2016 г. № 436н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71372426/> (дата обращения: 04.02.2020).

209. Об утверждении формы и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 15 окт. 2015 г. № 723н //

Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71279418/> (дата обращения: 04.02.2020).

210. Об утверждении формы соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходов на реализацию мероприятий в сфере обеспечения доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, формы заявки о ее перечислении, форм отчетов об исполнении субъектом Российской Федерации обязательств, вытекающих из соглашения, и перечня документов, предоставляемых одновременно с программой субъекта Российской Федерации [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 21 марта 2016 г. № 125н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71305458/> (дата обращения: 04.02.2020).

211. Образовательные программы – неотъемлемая часть лечебного процесса / С. В. Булгакова, Н. О. Захарова, А. В. Николаева, Е. В. Тренева // Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологи и психотерапии : сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию факультета медицинской психологии (Самара, 1 декабря 2016 г.) / под общ. ред. Г. П. Котельникова и О. С. Ковшовой. – Самара : Изд-во «Типография ЦРП», 2016. – С. 41–45.

212. Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина, Н. Ф. Герасименко, И. Н. Денисова, Ю. П. Лисицына, В. А. Медика. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 619 с.

213. Общие и дезинтегрированные показатели первичной инвалидности взрослого населения Волгоградской области в динамике за 2010–2014 гг. / В. И. Сабанов, Т. С. Дьяченко, Л. Н. Грибина, Ю. А. Рындина // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 3–10.



214. Ондар, В. С. Комплексное исследование инвалидности вследствие болезней опорно-двигательной системы в Российской Федерации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.06 / Ондар Вячеслав Судер-Оолович. – М., 2011. – 340 с.

215. Определение ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у инвалидов, пользующихся техническими средствами передвижения / Х. В. Иксанов, Г. М. Плеханова, О. Т. Богова, В. Н. Потапов, В. В. Белеченко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 43–45.

216. Опыт применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитации детей с патологией костно-мышечной системы / А. А. Корюков, О. Н. Владимирова, В. Ф. Николаев, А. О. Андриевская // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2012. – С. 86–93.

217. Организационно-методические аспекты развития системы реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Российско-европейский опыт / под ред. В. А. Бронникова : проект «Социальная интеграция в Приволжском федеральном округе». – Нижний Новгород, 2007. – 123 с.

218. Организация и содержание деятельности отделений центра социальной реабилитации инвалидов : (опыт Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Центр социальной реабилитации инвалидов» / Ю. Л. Гусак, А. В. Перешитов, Р. С. Таирова, Н. В. Сапожкова, Т. В. Корзунина, Н. В. Изергина, С. И. Лошак, Ю. С. Васильева // Социальное обслуживание. – 2016. – № 8. – С. 39–50.

219. Организация реабилитации и абилитации инвалидов с последствиями болезней опорно-двигательной системы в Российской Федерации / О. Н. Владимирова, А. А. Корюков, А. Б. Орешков, А. О. Андриевская, В. Ф. Николаев // Гений ортопедии. – 2016. – № 4. – С. 62–66.

220. Организация социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Южном Федеральном округе Российской Федерации / А. С. Башкирёва, Е. А. Богданов, В. П. Шестаков, А. А. Свинцов, Г. И. Чернова, Т. С. Черныкина // Успехи геронтологии. – 2015. – Т. 28. – № 1. – С. 168–172.

221. Основные направления включения семьи, имеющей ребенка-инвалида, в реабилитационный процесс : методическое пособие / под ред. Е. М. Старобиной. – СПб. : ФГУ «СПбНЦЭПР им. Г. А. Альбрехта ФМБА России», 2011. – 167 с.

222. Особенности медико-социальной помощи больным старших возрастных групп / И. В. Гаглоева, О. В. Фатенков, В. В. Симерзин, Н. О. Захарова // Достижения сегодня – основа будущих совершенствований : сборник научных работ научно-практической конференции / под ред. Т. А. Лариной, И. М. Назаркиной. – Самара : ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России : ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района», 2016. – С. 44–45.

223. Осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и других согласованных на международном уровне целей в области развития в интересах инвалидов : охватывающая проблему инвалидности повестка дня в области развития на период 2015 года и далее [Электронный ресурс] : доклад Генерального Секретаря ООН. 69-я сессия Генеральной Ассамблеи ООН. 25 июля 2014 г. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/69/187&referer=http://www.un.org/en/events/disabilitiesday/documents.shtml&Lang=R](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/187&referer=http://www.un.org/en/events/disabilitiesday/documents.shtml&Lang=R) (дата обращения: 06.02.2020).

224. От геронтологии к медицине антистарения / А. А. Лебедев, С. Н. Пузин, В. Н. Потапов, М. А. Шургая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 2. – С. 4–6.

225. От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое

старение» / А. А. Лебедев, И. В. Архипов, С. Н. Пузин, М. А. Шургая, С. А. Чандирли, Д. С. Огай, О. Т. Богова, В. Н. Потапов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 4. – С. 4–7.

226. Оценка состояния первичной инвалидности взрослого населения Приаралья / Н. К. Дюсембаева, Б. М. Салимбаева, Д. Х. Рыбалкина, Г. М. Салтыкова // Гигиена труда и медицинская экология. – 2015. – № 2 (47). – С. 32–39.

227. Пейль, Г. Ю. Технология социальной реабилитации пожилых людей и инвалидов в центре социального обслуживания / Г. Ю. Пейль // Социальное обслуживание. – 2016. – № 1. – С. 60–64 .

228. Первичная инвалидность лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста как медико-социальный индикатор состояния здоровья и старения населения в Российской Федерации / О. Н. Владимирова, А. С. Башкирёва, М. В. Коробов, О. В. Ломоносова, О. В. Хорькова // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23. – № 7/8. – С. 28–36.

229. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации». – М., 2014. – 79 с.

230. Перминов, В. А. К вопросу о врачебных ошибках, допускаемых при направлении граждан на медико-социальную экспертизу / В. А. Перминов, А. А. Аксенов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2013. – № 2. – С. 23–24.

231. Перминов, В. А. Анализ реализации индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов Томской области и оценка их эффективности за 2009–2011 гг. / В. А. Перминов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 4. – С. 110–112.

232. План мероприятий («Дорожная карта») по совершенствованию государственной системы медико-социальной экспертизы на период до 2020

года [Электронный ресурс] : утв. Минтрудом России 20 мая 2017 г. // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71581844/> (дата обращения: 04.02.2020).

233. Пожилое население России, проблемы и перспективы / В. Трубин, Н. Николаева, М. Палеева, С. Гавдифаттова // Социальный бюллетень. – 2016 (март). – № 5. – 44 с.

234. Показатели здоровья населения [Электронный ресурс] // Валеология : медицинский портал о здоровье. – Режим доступа: <http://valeologija.ru/lekcii/lekcii-po-omz/335-pokazateli-zdorovya-naseleniya> (дата обращения: 04.02.2020).

235. Полиморбидность в гериатрии / А. Л. Арьев, Н. А. Овсянникова, Г. Т. Арьева, С. Д. Дзахова, В. Х. Хавинсон // Практическая онкология. – 2015. – Т. 16. – № 3. – С. 83–90.

236. Пономаренко, Г. Н. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 512 с.

237. Правовые и организационные основы медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями / В. А. Суворов, Е. Е. Ачкасов, В. В. Куршев, И. А. Лазарева, О. А. Султанова, Т. В. Красавина // Спортивная медицина: наука и практика. – 2014. – № 1. – С. 74–79.

238. Правовые, организационные и методические основы реабилитации детей-инвалидов : руководство / С. Н. Пузин и др. – Т. 2. – М. : ОАО «Издательство "Медицина"», 2007. – 616 с.

239. Практическая значимость комплексных программ медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата в учреждениях, работающих по замкнутому циклу / К. Э. Пожарищенский, Н. И. Михайлова, В. К. Пожарищенская, А. П. Филлипов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 4. – С. 25–27.

240. Практические вопросы взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» Минтруда России с лечебно-профилактическими

учреждениями Оренбургской области / Т. В. Волобоева, М. А. Мирошников, Т. Н. Смагина, А. М. Платонихина // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2014. – № 4. – С. 29–33.

241. Прилипко, Н. С. Нуждаемость в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях взрослого населения различных возрастных групп / Н. С. Прилипко // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 59 (6). – С. 24–29.

242. Прилипко, Н. С. Нуждаемость в медицинской реабилитации взрослого населения различных возрастных групп в стационарных условиях / Н. С. Прилипко // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 60 (1). – С. 23–27.

243. Приспособление жилья для инвалидов: организационные, нормативные и методические вопросы / О. Н. Владимирова, С. Н. Пузин, Л. А. Кожушко, И. С. Ишутина, Н. Б. Корнеева // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 2. – С. 25–34.

244. Приступа, М. С. Научное обоснование организации медико-социальной помощи лицам старших возрастных групп на сельском врачебном участке : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Приступа Михаил Сергеевич. – Рязань, 2004. – 120 с.

245. Проблемы инвалидов при передвижении на креслах-колясках в жилом помещении и объектах социальной инфраструктуры / О. Н. Владимирова, Т. Н. Шеломанова, И. Е. Македонова, М. В. Рохманова, О. А. Назаркина // Вестник всероссийской гильдии ортопедов-протезистов. – 2012. – № 1/2 (47/48). – С. 54–57.

246. Проблемы направления детей на медико-социальную экспертизу / О. Н. Владимирова, Е. В. Пронина, Т. Б. Поддубная, И. В. Горяйнов, Н. Д. Медведева, М. В. Горяйнова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – Т. 58. – № 5. – С. 97–101.

247. Проект федерального государственного стандарта государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов (проект приказа Минтруда России по состоянию на 26 апр. 2018 г.) // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56651483/> (дата обращения: 07.02.2020).

248. Пронина, Е. В. Медико-социальная экспертиза детского населения в Российской Федерации : история вопроса, современное состояние, направления реформирования / Е. В. Пронина, О. Н. Владимирова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. – 2015. – Т. 94. – № 4. – С 193–199.

249. Протокол заседания коллегии Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [Электронный ресурс] : протокол Минтруда России № 1 от 13 мая 2016 г. // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/analytics/123> (дата обращения: 04.02.2020).

250. Прощаев, К. Н. Избранные лекции по гериатрии / К. Н. Прощаев, А. Н. Ильницкий, С. С. Коновалов; под ред. В. Х. Хавинсона. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 778 с.

251. Пугиев, Л. И. Инвалидность у лиц молодого возраста в Российской Федерации, закономерности ее формирования и стратегия развития профессиональной реабилитации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.52 / Пугиев Леонид Иванович. – М., 2008. – 331 с.

252. Пузин, С. Н. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией / С. Н. Пузин, М. А. Шургая, О. М. Торопова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 1. – С. 4–9.

253. Пузин, С. Н. Аспекты профессиональной реабилитации – как основа экономической эффективности восстановления трудоспособности / С. Н. Пузин, Х. В. Иксанов // Современный этап развития науки и практики медицинской реабилитации и спортивной медицины в Российской Федерации : материалы

Всероссийской научно-практической конференции (Казань, 10–11 апреля 2017 г.). – Казань: Издательский дом «МеДДоК». – 2017. – С. 149–151.

254. Пузин, С. Н. Инвалидность граждан пожилого возраста вследствие гипертонической болезни в Российской Федерации / С. Н. Пузин, М. А. Шургая, Р. О. Одебаева // Успехи геронтологии. – 2018. – 31 (31). – С. 32–38.

255. Развитие гериатрической помощи в Самарской области / Н. О. Захарова, А. В. Николаева, Д. П. Курмаев, Е. В. Тренева // Достижения сегодня – основа будущих совершенствований : сборник научных работ научно-практической конференции / под ред. Т. А. Лариной, И. М. Назаркиной. – Самара: ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России : ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района», 2016. – С. 99–101.

256. Развитие геронтологической помощи в Самарской области на основе инновационных медицинских технологий / О. Л. Никитин, Н. О. Захарова, Д. А. Драч, Д. О. Осокин, П. И. Романчук // Актуальные проблемы дополнительного профессионального образования и здравоохранения : материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета (Самара, 14 марта 2013 г.). – Самара : СамГМУ, 2013. – С. 320–321.

257. Результаты социологического исследования организации направления граждан на медико-социальную экспертизу и оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы (по материалам общероссийского семинара) [Электронный ресурс] / М. В. Коробов, О. Н. Владимирова, Н. К. Гусева, С. В. Герман // Социальные аспекты здоровья населения : электронное научное издание (научно-практический журнал). – 2014. – № 3 (37). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/575/30/lang,ru/> (дата обращения: 06.02.2020).

258. Рекомендации к порядку заполнения учетной формы № 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» [Электронный ресурс] // Medsoftpro :

медицинский софт и прочее : сайт. – Режим доступа: <http://www.medsoftpro.ru/zakonodatelstvo/napravlenie-na-mse/rekomendatsii-k-poryadku-zapolneniya-uchetnoj-formy-088-u-06.html> (дата обращения: 04.02.2020).

259. Рекомендации по обеспечению инвалидными креслами-колясками с ручным управлением в условиях ограниченности ресурсов [Электронный ресурс] / под ред. Й. Борга, Ч. Кхаснабиса. – WHO, 2006 // Всемирная Организация Здравоохранения : официальный сайт. – Женева, 2020. – Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244547489\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244547489_rus.pdf) (дата обращения: 04.02.2020).

260. Рекомендация Rec(2006)5 Комитета Министров государствам-членам о Плане действий Совета Европы по содействию правам и полному участию инвалидов в обществе : улучшение качества жизни инвалидов в Европе, 2006–2015 годы [Электронный ресурс] : утверждена Комитетом Министров 5 апреля 2006 г. на 961-м заседании постоянных представителей министров // Московская городская организация Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов» : официальный сайт. – Режим доступа: [http://mgo-voi.ru/upload/Action\\_plan\\_rus.pdf](http://mgo-voi.ru/upload/Action_plan_rus.pdf) (дата обращения: 04.02.2020).

261. Республика Башкортостан. Демографический доклад. Выпуск 2 / отв. ред. Р. М. Валиахметов, Г. Ф. Хилажева, Н. К. Шамсутдинова. – Уфа : Гилем : Башк. энцикл., 2016. – 148 с.

262. Ржаницына, Л. С. Пенсионеры: как они живут и как улучшить их положение / Л. С. Ржаницына // Социологические исследования. – 2016. – № 11. – С. 61–71.

263. Роль и значение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации должной профилактической помощи населению / Г. Г. Орлова, И. Е. Лукьянова, А. А. Дагаева, А. И. Денисенков, А. Н. Злобин, Д. Н. Никитский, В. А. Рогожников // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3/2. – С. 358–361.



264. Романов, П. В. Социальная политика. Социальная структура. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. – 260 с.

265. Руководящие указания и принципы разработки статистических данных по проблеме инвалидности [Электронный ресурс]. – Нью-Йорк : ООН, 2003. – 120 с. // Организация Объединенных Наций : официальный сайт. – Нью-Йорк : Женева : ООН, 2020. – Режим доступа: [https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesY/SeriesY\\_10r.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesY/SeriesY_10r.pdf) (дата обращения: 04.02.2020).

266. Сапожникова, Т. И. Социогеронтологическая характеристика пожилого возраста и старения как этапа жизненного цикла / Т. И. Сапожникова // Учёные записки ЗабГУ. Серия «Философия, социология, культурология, социальная работа». – 2015. – № 4 (63). – С. 166–171.

267. Семяшкин, И. В. Программа «Старшее поколение»: роль в улучшении качества жизни пожилых людей / И. В. Семяшкин // Социальное обслуживание. – 2016. – № 8. – С. 9–11.

268. Сергеева, В. В. Практическое применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у больных сердечно-сосудистой патологией / В. В. Сергеева, О. Н. Владимирова, А. К. Нургазизова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 11-16.

269. Сергеева, О. В. Межведомственное взаимодействие при реализации инклюзивного образования инвалидов / О. В. Сергеева, А. А. Рушанян // Совершенствование межведомственного взаимодействия в рамках разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 22–23 июня 2017 г.) / под общ. ред.

М. А. Дымочки. – М. : Федеральное бюро МСЭ Минтруда и социальной защиты РФ, 2017. – С. 117–120.

270. Сергеева, О. В. Методика определения показаний к обеспечению техническими средствами реабилитации детей и подростков-инвалидов с ортопедическими проблемами на уровне главного бюро медико-социальной экспертизы / О. В. Сергеева, А. А. Рушанян, Т. В. Косенкова // Аллергология и иммунология. – 2017. – Т. 18. – № 1. – С. 59–59.

271. Синельникова, М. С. Интегративная технология реабилитации семьи / М. С. Синельникова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2014. – № 3. – С. 30–38.

272. Складная, К. А. Медико-социальная реабилитация инвалидов с последствиями инсульта с позиции Международной классификации функционирования / К. А. Складная, В. А. Бронников // Социальная безопасность и социальное благополучие человека в условиях новой общественной реальности: ресурсы социальной работы: сборник материалов IX Международной научно-практической конференции ученых, преподавателей, специалистов, аспирантов, магистрантов и студентов, посвященной 25-летию кафедры социальной работы и конфликтологии в Пермском государственном университете (Пермь, 18 мая 2017 г.) / под общ. ред. З. П. Замараевой, Ю. А. Мавликаевой, М. И. Григорьевой. – Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2017. – С. 305–310.

273. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск : Юникап, 2005. – 420 с.

274. СНиП 35-01-2001. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения : строительные нормы и правила Российской Федерации. Система нормативных документов в строительстве. – М. : Госстрой России : ГУП ЦПП, 2001.

275. Совершенствование медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов и участников Великой Отечественной войны на современном этапе /

С. С. Меметов, Л. Ю. Балека, В. Н. Потапов, О. Т. Богова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 46–49.

276. Современные принципы гериатрического анализа в медицине / А. Н. Волобуев, Н. О. Захарова, Н. П. Романчук, Д. В. Романов, П. И. Романчук, К. А. Адыширин-Заде // Успехи геронтологии. – 2016. – Т. 29. – № 3. – С. 461–470.

277. Современные тенденции общей инвалидности на фоне старения населения в РФ / О. Н. Владимирова, А. С. Башкирёва, М. В. Коробов, О. В. Ломоносова, О. В. Хорькова // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23. – № 5/6. – С. 44–50.

278. Современные тенденции первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в мегаполисе / О. В. Ломоносова, О. Н. Владимирова, В. Г. Помников, Е. В. Кароль // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – № 119 (6). – С. 91–95.

279. Социальная реабилитация и интеграция инвалидов в общество (на мезоэкономическом уровне) : монография / под ред. Л. М. Низовой. – Йошкар-Ола : Поволжский государственный технологический университет, 2015. – 208 с.

280. Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2015 гг. (приложение к сборнику «Российский статистический ежегодник. 2016») [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики : архивный сайт. – М. : Росстат, 1999–2019. – Режим доступа: [http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1270707126016](http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1270707126016) (дата обращения: 04.02.2020).

281. СП 59.13330.2012 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001. – М. : Минрегион России, 2012.

282. СП 59.13330.2016 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001. – М. : Стандартинформ, 2017.

283. Список приоритетных вспомогательных устройств (СВУ). Улучшение доступа к ассистивной технологии для всех и повсюду. – Женева : ВОЗ, 2016. – 12 с.

284. Спорен, Я. К созданию комплексной стратегии социальной интеграции инвалидов в России / Я. Спорен, Д. Мак-Анани, В. Л. Чепляев; под ред. Ф. Кумпля : проект «Социальная интеграция в Приволжском федеральном округе». – Нижний Новгород, 2007. – 216 с.

285. Справочник для специалистов учреждений и организаций, предоставляющих ситуационную помощь инвалидам в учреждениях социальной инфраструктуры на основе разработанного кодификатора категорий инвалидности : методическое пособие / Э. Н. Демина, Е. Г. Гордиевская, Е. М. Старобина, В. П. Шестаков. – СПб. : ФГБУ СПбНЦЭПР им. Г. А. Альбрехта, 2012. – 54 с.

286. Справочник по применению классификаций и критериев при проведении медико-социальной экспертизы с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья : методическое пособие / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова, Н. Д. Талалаева, Е. С. Либман и др.; под общ. ред. Д. И. Лавровой. – М.: ФГБУ ФБМСЭ, 2012. – 346 с.

287. Справочник по применению кодификатора категорий инвалидности с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, дифференцированного по преимущественному виду помощи, в которой нуждается инвалид, для специалистов федеральных учреждений медико-социальной экспертизы : методическое пособие / А. А. Гальянов, Е. О. Гордиевская, Э. Н. Демина, И. С. Ишутина и др.; под общ. ред. Н. Н. Лебедевой. – СПб. : ФГБУ СПбНЦЭПР им. Г. А. Альбрехта, 2012. – 74 с.

288. Справочник по применению количественной оценки в баллах степени выраженности заболеваний, последствий травм или дефектов, приводящих к ограничению основных категорий жизнедеятельности различной степени

выраженности : методическое пособие / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова, Н. Д. Талалаева, Е. С. Либман и др.; под общ. ред. Д. И. Лавровой. – М. : ФГБУ ФБМСЭ, 2012. – 62 с.

289. Старение в странах с развивающейся экономикой: вызовы и возможности / В. Х. Хавинсон, В. В. Бенберин, О. Н. Михайлова, А. В. Сидоренко // Управленческое консультирование. – 2015. – № 11 (83). – С. 50–58.

290. Старобина, Е.М. Исследование потребности инвалидов в сопровождении при трудоустройстве / Е. М. Старобина, Е. О. Гордиевская, И. Е. Кузьмина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 3 (52). – С. 135–140.

291. Татарова, О. М. Комплексный центр социального обслуживания: опыт предоставления социальных услуг гражданам старшего поколения и инвалидам / О. М. Татарова // Социальное обслуживание. – 2016. – № 87. – С. 52–59.

292. Технические средства реабилитации для самостоятельного передвижения и самообслуживания : методические рекомендации / под ред. Е. В. Шестаковой. – Екатеринбург : Изд-во АМБ, 2012. – 120 с.

293. Технология социальной реабилитации инвалидов : методические рекомендации // О. С. Андреева, Д. И. Лаврова, Д. П. Рязанов, Д. А. Соколова, М. А. Падун. – М. : ЦИЭТИН. – 2000. – 48 с.

294. Тимошенко, А.В. Развитие системы реабилитации инвалидов в Самарской области [Электронный ресурс] / А. В. Тимошенко // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2018. – № 6 (июнь). – С. 134–138. – Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2018/183030.htm> (дата обращения: 04.02.2020).

295. Типовая программа по сопровождению инвалидов молодого возраста при трудоустройстве в рамках мероприятий по содействию занятости населения» : утверждена приказом Минтруда России от 23 авг. 2017 г. № 625 // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020.

– Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71655690/> (дата обращения: 07.02.2020).

296. Ткачёва, О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации / О. Н. Ткачёва // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С. 30–35.

297. Трубин, В. Реабилитация инвалидов в Российской Федерации / В. Трубин, Н. Николаева, О. Авдеев, М. Паллева, В. Шахматов, С. Гавдифаттова // Социальный бюллетень. – 2015. – № 4 (декабрь). – 44 с.

298. Улучшение качества жизни инвалидов в Европе: доступность, эффективность, новые подходы : Санкт-Петербургская декларация, Санкт-Петербург, Российская Федерация, 22 сентября 2006 г. // Профессиональная библиотека работника социальной службы. – 2008. – № 2 (28). – С. 28–34.

299. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О. Н. Владимирова, А. В. Шошмин, В. В. Лорер, С. В. Малькова, Е. Е. Ачкасов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 30–42.

300. Успешный опыт работы субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста : информационно-методические материалы Минтруда России // Социальное обслуживание. – 2016. – № 4. – С. 108–120.

301. Ушакова, О. В. К вопросу о соблюдении порядка направления на медико-социальную экспертизу на современном этапе / О. В. Ушакова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 2. – С. 73–78.

302. Факторы, определяющие трудовую деятельность инвалидов со значительными нарушениями здоровья / Е. М. Старобина, О. Н. Владимирова, А. Т. Давыдов, М. И. Разумовский, Л. А. Кожушко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20. – № 1. – С. 19–24.

303. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду [Электронный ресурс] : утвержден распоряжением Правительства РФ от 30 дек. 2005 г. № 2347-р : по состоянию на 16 марта 2013 г. // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12144151/> (дата обращения: 04.02.2020).

304. Финансирование услуг в сфере инвалидности. Примеры и анализ опыта европейских стран : проект «Социальная интеграция в Приволжском федеральном округе». – Нижний Новгород, 2006. – 17 с.

305. Формирование доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения : научно-методическое пособие / А. В. Гусенкова, Е. И. Холостова, А. Е. Лысенко, С. В. Ларин. – М., 2013. – 207 с.

306. Хамурзоева, С. Ш. Пути снижения инвалидности у лиц трудоспособного возраста / С. Ш. Хамурзоева, Н. Г. Куликова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 29–31.

307. Хрущева, Л. В. Основные направления и задачи национальной стратегии государства в интересах детей / Л. В. Хрущева, О. К. Сидоренко // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 4. – С. 6–13.

308. Чикинова Л. Н. Состояние и динамика первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в Центральном федеральном округе в 2008–2013 гг. / Л. Н. Чикинова, Ж. В. Болтенко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 4. – С. 30–33.

309. Шабалин, В. Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации / В. Н. Шабалин // Успехи геронтологии. – 2009. – № 1. – С. 185–195.

310. Шабунова, А. А. Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика : автореф. дис. ... д-ра экон. наук : 08.00.05 / Шабунова Александра Анатольевна. – М., 2011. – 42 с.

311. Шеломанова, Т. Н. Методическое пособие по обеспечению доступности для инвалидов объектов и услуг. Часть 1. Организация обеспечения доступности для инвалидов объектов и услуг в учреждениях социального обслуживания населения / Т. Н. Шеломанова, Л. В. Корякова. – СПб. : МРЦ «Доступный мир», 2016. – 60 с.

312. Шеломанова, Т. Н. Методическое пособие по обеспечению доступности для инвалидов объектов и услуг. Часть 2. Организация паспортизации объектов и услуг: оценка состояния доступности, разработка и реализация управленческих решений / Т. Н. Шеломанова, М. В. Рохманова. – СПб. : МРЦ «Доступный мир», 2016. – 60 с.

313. Шестаков, В. П. Научное обоснование системы оценки и контроля качества медико-социальной реабилитации инвалидов : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.52 / Шестаков Владимир Петрович. – М., 2008. – 406 с.

314. Шишкова-Лаврусь, М. В. Демографические, социальные показатели у долгожителей Самарской области / М. В. Шишкова-Лаврусь, Н. О. Захарова // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии : сборник научных трудов I региональной научно-практической конференции (Самара, 2–3 апреля 2015 г.) / под ред. Г. П. Котельникова, Н. О. Захаровой. – Самара : Самар. Гос. мед. ун-т, 2015. – С. 381–384.

315. Шкляев, А. Как обустроить быт незрячего человека: четыре главных правила [Электронный ресурс] / А. Шкляев // РИА Недвижимость : сайт. – 2013. – 9 октября. – Режим доступа: [http://riarealty.ru/home\\_advice/20131009/401542231.html](http://riarealty.ru/home_advice/20131009/401542231.html) (дата обращения: 04.02.2020).

316. Шмыкова, М. В. Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения у лиц пенсионного возраста и потребности в медико-социальной реабилитации : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.00 / Шмыкова Мария Васильевна. – М., 2008. – 149 с.



317. Шостка, Г. Д. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (краткая версия) / Г. Д. Шостка, М. В. Коробов, А. В. Шабров. – СПб. : СПбИУВЭК, 2003. – 126 с.

318. Шошмин, А. В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и осуществление Конвенции ООН о правах инвалидов / А. В. Шошмин, Я. К. Бесстрашнова // Доступная среда. Аспекты второго плана : материалы научно-практической конференции (Новокузнецк, 3–4 сентября 2015 г.) / под ред. Г. К. Золоева, В. П. Шестакова, Е. М. Васильченко, Я. А. Денисовой. – Новокузнецк : ИП Петровский К. В. (Изограф), 2015. – С. 27–28.

319. Шошмин, А. В. Влияние модели инвалидности на развитие человеческого потенциала / А. В. Шошмин, Я. К. Бесстрашнова // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 8. – № 1. – С. 325–327.

320. Юнусов, Ф. А. К вопросу совершенствования статистики инвалидности в контексте Конвенции о правах инвалидов и возможностях применения Международной классификации функционирования / Ф. А. Юнусов, Т. А. Лыхина // Медицинское право. – 2010. – № 4. – С. 26–31.

321. Яриков, Д. Е. Международные стандарты в оценке неврологических нарушений при травме позвоночника и спинного мозга / Д. Е. Яриков, И. Н. Шевелев, А. В. Басков // Вопросы нейрохирургии. – 1999. – № 1. – С. 35–39.

322. Бодрова, Ю. А. Врахування сано-гігієнічних умов при проектуванні житлових приміщень для МГН / Ю. А. Бодрова, О. Р. Горбик, Н. М. Лис // актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації конвенції оон про права інвалідів : матеріали XI міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 21–22 листопада 2012 р.). – Київ, 2012. – С. 450–451.

323. A comparative review of measurement instruments to inform and evaluate effectiveness of disability inclusive development / N. Goujon, A. Devine, S. M. Baker,

B. Sprunt, T. J. Edmonds, J. K. Booth [et al.] // *Disability and Rehabilitation*. – 2014. – Vol. 36. – N 10. – P. 804–812. DOI: 10.3109/09638288.2013.821178.

324. Agarwal, A. *Disability Considerations for Infrastructure Programmes* / A. Agarwal, A. Steele. – London : Crown, 2016. – 31 p. DOI: 10.12774/eod\_hd.march2016.agarwaletal.

325. *An International Expert Survey on Functioning in Vocational Rehabilitation Using the International Classification of Functioning, Disability and Health* / R. Escorpizo, M. E. Finger, A. Glassel, A. Cieza // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2011. – Vol. 21. – N 2. – P. 147–155. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9276-y>.

326. Bäck, M. A. *The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden* [Электронный ресурс] / M. A. Bäck, J. Calltorp // *International Journal of Integrated Care : online scientific journal*. – 2015. – Vol. 15. – Special Issue: Integrating Care to Older People and those with Complex Needs. – Режим доступа: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2244/> (дата обращения: 05.02.2020). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2244>.

327. *Beyond mobility assessment: Timed up and go test and its relationship to osteoporosis and fracture risk* / S. Shereen, M. Mousa, D. Rasheedy, K. E. El-Sorady, A. K. Mortagy // *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. – 2016. – Vol. 7. – N 2. – P. 48–52. DOI:10.1016/j.jcgg.2015.08.004.

328. Che, X.W. *Analysis for the Influencing Factors of Rehabilitation Needs for Rural Elderly People with Disabilities* / X. W. Che, N. J. Ren // *Journal of Nurses Training*. – 2012. – N 22. – P. 2021–2023.

329. *Clinical outcome and predictors of adverse events of an enhanced older adult psychiatric liaison service: Rapid Assessment Interface and Discharge (Newport)* / I. Singh, P. Fernando, J. Griffin, C. Edwards, K. Williamson, P. Chance // *Clinical Interventions in Aging*. – 2017. – Vol. 12. – P. 29–36. DOI: 10.2147/CIA.S104278.

330. *Concept paper WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines)* [Электронный ресурс] // World Health Organization. – Geneva : WHO, 2020. – Режим доступа:

[http://www.who.int/disabilities/media/news/2014/15\\_01/en/](http://www.who.int/disabilities/media/news/2014/15_01/en/) (дата обращения: 04.02.2020).

331. Declaration on the Rights of Disabled Persons, New York, 9 December 1975 [Электронный ресурс] // The Office of the High Commissioner for Human Rights (UN Human Rights). – Geneva : OHCHR, 1996–2020. – Режим доступа: [www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfDisabledPersons.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfDisabledPersons.aspx) (дата обращения: 04.02.2020).

332. Development and validation of a Chinese version of the falls efficacy scale international / M. Kwan, W. Tsang, J. Close, S. Lord // Archives of Gerontology and Geriatrics. – 2013. – Vol. 56. – P. 169–174.

333. Dimitrios, S. Health related rehabilitation and disability human rights: from basic concepts to indicator. Global Rehabilitation Indicators Project / S. Dimitrios, J. Bickenbach and. – 2016. – 26 p.

334. Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities 2018. – New York : United Nations, 2019. – 366 p.

335. Disability and health : Fact sheet Reviewed November 2016 [Электронный ресурс]. // World Health Organization. – Geneva : WHO, 2020. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> (дата обращения: 04.02.2020).

336. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review / L. M. Banks, R. Mearkle, I. Mactaggart, M. Walsham, H. Kuper, K. Blanchet // Oxford Development Studies. – 2017. – Vol. 45. – N 3. – P. 223–239.

337. Disability Framework Leaving No One Behind. December 2014. – London : Glasgow : Crown, 2014. – 14 p.

338. Draft WHO global disability action plan 2014–2021 : Better health for all people with disabilities [Электронный ресурс] : Report by the Secretariat (EB134/16), 3 January 2014. World Health Organization. Executive Board. // World Health Organization. – Geneva : WHO, 2020. – Режим доступа:

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_16-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-en.pdf?ua=1) (дата обращения: 05.02.2020).

339. Enhancing the Mobility of Disabled People : Guidelines for Practitioners : Overseas Road Note 21 / C. J. Venter, J. Sentinella, T. Rickert, D. Maunder, A. Venkatesh. – Crowthorne, Berkshire : TRL Limited, 2004. – 190 p.

340. Factors associated with disability expectations in patients undergoing heart surgery / J. A. Laferton, C. J. Auer, M. C. Shedden-Mora, R. Moosdorf, W. Rief // International Journal of Behavioral Medicine. – 2015. – Vol. 22. – P. 85–91. DOI: 10.1007/s12529-014-9434-2.

341. Falls and functional capacity in the oldestolddwelling in the community / T. A. Brito, M. H. Fernandes, R. S. Coqueiro, C. S. Jesus // Texto Contexto Enferm. – 2013. – Vol. 22. – N 1. – P. 43–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100006>.

342. Global Age Watch Index 2015 : Insight report, summary and methodology. – London : HelpAge International, 2015. – 27 p.

343. Global reference list of 100 core health indicators 2015. – Geneva : World Health Organization, 2015. – 134 p.

344. Gupta, N. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources [Электронный ресурс] / N. Gupta, C. Castillo-Laborde, M. D. Landry // BMC Health Services Research : online scientific journal. – 2011. – Vol. 11. – Режим доступа: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-276> (дата обращения: 05.02.2020). DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-276>.

345. Health Information Science : Second International Conference (HIS 2013), London, UK, March 25–27, 2013. Proceedings / ed. by G. Huang, X. Liu, J. He, F. Klawonn, G. Yao. – Berlin, Heidelberg : Springer, 2013. – 280 p.

346. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries / G. Backman, P. Hunt, R. Khosla, C. Jaramillo-Strouss, B. M. Fikre, C. Rumble, D. Pevalin [et al.] // Lancet. – 2008. – Vol. 372. – N 9655. – P. 2047–2085.

347. Health, Functioning, and Disability in Older Adults – Present Status and Future Implications / S. Chatterji, J. Byles, D. Cutler, T. Seeman, E. Verdes // *Lancet*. – 2015. – Vol. 385. – N 9967. – P. 563–575. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8).

348. Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health / J. Le, D. S. Dorstyn, E. Mpofu, E. Prior, P. J. Tully // *Quality of Life Research*. – 2018. – Vol. 27. – N 10. – P. 2491–2503. DOI: [10.1007/s11136-018-1885-5](https://doi.org/10.1007/s11136-018-1885-5).

349. High-Level Political Forum 2016 Report and Participation of Persons with Disabilities [Электронный ресурс] // International Disability Alliance. – Geneva : New York, 2020. – Режим доступа: <http://www.internationaldisabilityalliance.org/hlpf2016-report> (дата обращения: 05.02.2020).

350. Hornik-Lurie, T. Trends in the Use of Rehabilitation Services in the Community by People with Mental Disabilities in Israel; The Factors Involved / T. Hornik-Lurie, N. Zilber, Y. Lerner // *Israel Journal of Health Policy Research*. – 2012. – Vol. 1. DOI: <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-24>.

351. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : A manual of classification relating to the consequences of disease World Health Organization. – Geneva : WHO, 1980. – 207 p.

352. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings. A step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) related to personal mobility. – Geneva : WHO, 2011. – 31 p.

353. Katz, S. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function / S. Katz, A. Ford, R. Moscovitz // *Journal of the American Medical Association*. – 1963. – Vol. 185. – P. 914–919.

354. Liu, B. F. Analysis on the Factors Influencing Rehabilitation Service of the Community Disabled / B. F. Liu, X. Q. Yan // *Nursing Practice and Research*. – 2012. – Vol. 14. – P. 155–156.

355. Model Disability Survey. Providing evidence for accountability and decision-making [Электронный ресурс]. – Geneva : WHO, 2013. – Режим доступа: <http://www.who.int/disabilities/data/mds.pdf> (дата обращения: 05.02.2020).

356. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels [Электронный ресурс] / Т. Воерма, Р. Еozenou, D. Evans, Т. Evans, М.-Р. Кieny, А. Wagstaff // PLOS Medicine : online scientific journal. – 2014. – Vol. 11. – N 9. – Режим доступа: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001731> (дата обращения: 05.02.2020). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001731.

357. New Zealand Disability Strategy 2016–2026. – Wellington : Ministry of Social Development, 2016. – 51 p.

358. Philibert, M. Conceptual and operational considerations in identifying socioenvironmental factors associated with disability among community-dwelling adults / M. Philibert, R. Pampalon, M. Daniel // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2015. – Vol. 12. - N 4. – P. 3814–3834. DOI: 10.3390/ijerph120403814.

359. Ponomarenko, G. N. Personalized rehabilitation of patients with osteoarthritis / G. N. Ponomarenko, I. V. Cherkashina, D. V. Kovlen // European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. – 2017. – Vol. 57. – N 2. – P. 71. – Suppl. 1.

360. Position Paper : Opposition to DES Funding Cuts for Participants with Higher Support Needs, 17 July 2018 [Электронный ресурс] // Disabled People’s Organisations Australia. – Strawberry Hills : DPO Australia, 2020. – Режим доступа: <http://dpoa.org.au/position-des-fund-cuts/> (дата обращения: 05.02.2020).

361. Realizing the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals for persons with disabilities towards 2015 and beyond [Электронный ресурс] : Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2014 [on the report of the Third Committee (A/69/480)] // United Nations Organization. – New York : Geneva : United Nations Organization, 2020. – Режим доступа:

[https://www.un.org/disabilities/documents/gadocs/a\\_res\\_69\\_142e.pdf](https://www.un.org/disabilities/documents/gadocs/a_res_69_142e.pdf) (дата обращения: 05.02.2020).

362. Reinkensmeyer, D. J. Technologies and Combination Therapies for Enhancing Movement Training for People with a Disability / D. J. Reinkensmeyer, M. L. Boninger // *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. – 2012. – Vol. 9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1743-0003-9-17>.

363. Rohwerder, B. Disability inclusion : Topic guide / B. Rohwerder. – Birmingham : GSDRC : University of Birmingham, 2015. – 50 p.

364. Senn, S. Statistical pitfalls of personalized medicine / S. Senn // *Nature*. – 2018. – Vol. 563. – P. 619–621. DOI: [10.1038/d41586-018-07535-2](https://doi.org/10.1038/d41586-018-07535-2).

365. Skempes, D. Developing human rights based indicators to support country monitoring of rehabilitation services and programmes for people with disabilities: a study protocol / D. Skempes, J. Bickenbach // *BMC International Health and Human Rights*. – 2015. – Vol. 15. DOI: [10.1186/s12914-015-0063-x](https://doi.org/10.1186/s12914-015-0063-x).

366. Skempes, D. Strengthening Rehabilitation for People with Disabilities: A Human Rights Approach as the Essential Next Step to Accelerating Global Progress / D. Skempes, J. Bickenbach // *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. – 2015. – Vol. 94. – N 10. – P. 823–828. DOI: [10.1097/PHM.0000000000000326](https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000326).

367. Social development: social development, including questions relating to the world social situation and to youth, ageing, disabled persons and the family [Электронный ресурс] : Sixty-eighth session Item 27 (b) of the provisional agenda. 17 September 2013. United Nations A/68/L.1. // United Nations Organization. – New York : Geneva : United Nations Organization, 2020. – Режим доступа: <https://undocs.org/en/A/68/L.1> (дата обращения: 05.02.2020).

368. Status and Requirement of Social Security for the Handicapped in Rural China / X. Q. Jiang, L. Y. Hu, Y. Li, N. Shan // *Population Journal*. – 2011. – Vol. 3. – P. 53–60.

369. The Barthel ADL Index: a reliability study / C. Collin, D. T. Wade, S. Davies, V. Horne // *International Disability Studies*. – 1988. – Vol. 10. – N 2. – P. 61–63. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>.

370. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Training Guide. Professional Training Series, N 19. – New York and Geneva : United Nations, 2014. – 153 p.

371. The Impact of the Immediate Postoperative Prosthesis on Patient Mobility and Quality of Life after Transtibial Amputation / B. T. Samuelsen, K. L. Andrews, M. T. Houdek, M. S. Terry [et al.] // American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2017. – Vol. 96. – N 2. – P. 116–119. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000553.

372. Turner-Stokes, L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide / L. Turner-Stokes // Clinical Rehabilitation. – 2009. – Vol. 23. – N 4. – P. 362–370. DOI: 10.1177/0269215508101742.

373. Visual Impairment and Blindness [Электронный ресурс] : Fact Sheet N 282, 2014 // World Health Organization. – Geneva : WHO, 2020. – Режим доступа: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> (дата обращения: 05.02.2020).

374. Wiener, R. L. Disability and Aging Discrimination: Perspectives in Law and Psychology / R. L. Wiener, S. L. Willborn. – New York : Springer-Verlag Inc., 2010. DOI: 10.1007/978-1-4419-6293-5.

375. Wiman, R. Integrating Appropriate Measures for People with Disabilities in the Infrastructure Sector / R. Wiman, J. Sandhu. – Eschborn : GTZ, 2004. – 48 p.

376. World Population Ageing 2019. Highlights (ST/ESA/SER.A/430). – New York : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019. – 38 p.

377. World Report on Disability 2011. – Geneva : WHO, 2011. – 325 p.

378. World Social Protection Report 2014/15 : Building economic recovery, inclusive development and social justice. – Geneva : International Labour Office, 2014. – 336 p.

379. Xu, L. The Difficulty of the Disabled Employment and the Perfection of Employment Promotion Policy / L. Xu // Journal of Northwest University (Philosophy and Social Sciences Edition). – 2010. – N 1. – P. 116–120.



## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
- ВПИ – впервые признанный инвалидом
- ВРП – валовой региональный продукт
- ИОГВ – исполнительные органы государственной власти
- ИПР – индивидуальная программа реабилитации
- ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации
- ЛСТВ – лица старше трудоспособного возраста
- ЛТВ – лица трудоспособного возраста
- МВД – Министерство внутренних дел
- МГН – маломобильные группы населения
- МКБ – Международная классификация болезней, 10 пересмотр
- МКН – Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности
- МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
- МСЭ – медико-социальная экспертиза
- НСДФ – нейромышечные, скелетные и связанные с движением (статодинамические) функции
- ООН – Организация Объединенных Наций
- ОСИ – объект социальной инфраструктуры
- ОСТД – ограничение способности к трудовой деятельности
- РАН – Российская академия наук
- РЭД – реабилитационно-экспертная диагностика
- СКЛ – санаторно-курортное лечение
- СПБИУВЭК – Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России

СПБНЦЭПР им. Г.А. Альбрехта – Санкт-Петербургский научный центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации имени Г.А. Альбрехта

ТСР – технические средства реабилитации

ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И. М. Сеченова – Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет)

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов» имени Г.А. Альбрехта Минтруда России

ФКУ – федеральное казенное учреждение

ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний

ФСС – Фонд социального страхования РФ

**Адаптированный опросник (checklist WHO) МКФ для оценки здоровья  
инвалида с ограничением мобильности**

**Паспортная часть:**

**1** имя \_\_\_\_\_ фамилия \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_

**2** пол (1) [ ] Женщина (2) [ ] Мужчина

**3** Дата рождения \_\_ / \_\_ / \_\_ (день/месяц/год)

**4** Адрес \_\_\_\_\_

**5** (1) Основной диагноз, вкл. код МКБ:

(2) Сопутствующий диагноз 1:

(3) Сопутствующий диагноз 2:

**6. Группа инвалидности, категория**

Год установления

Причина инвалидности

**ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА**

Наименование доменов	Степень нарушения
<b>b1 Умственные функции</b>	
b117 Интеллектуальные функции	
b126 Темперамент и личностные функции	
b130 Волевые и побудительные функции	
b167 Умственные функции речи	
<b>b2 Сенсорные функции и боль</b>	
b210 Функции зрения	
b230 Функции слуха	
b235 Вестибулярные функции	
b260 Проприоцептивная функция	
b280 Ощущение боли	
<b>b3 Функции голоса и речи</b>	
b320 Функции артикуляции	
<b>b4 Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем</b>	
b410 Функции сердца	
b420 Функции артериального давления	
b440 Функции дыхания	

Продолжение таблицы

<b>b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции</b>	
b710 Функции подвижности сустава	
b715 Функции стабильности сустава	
b730 Функции мышечной силы	
b735 Функции мышечного тонуса	
b740 Функции мышечной выносливости	
b755 Функции непроизвольной двигательной реакции	
b760 Контроль произвольных двигательных функций	
b765 Непроизвольные двигательные функции	
b770 Функции стереотипа походки	
<b>b8 ФУНКЦИИ КОЖИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ СТРУКТУР</b>	
b810 Защитные функции кожи	

### СТРУКТУРА ОРГАНИЗМА

Наименование доменов	Степень нарушения *	Природа изменения **	Локализация***
<b>s1 Структуры нервной системы</b>			
s110 Структура головного мозга			
s120 Спинной мозг и относящиеся к нему структуры			
<b>s3 Структуры, участвующие в голосообразовании и речи</b>			
s320 Структура рта			
<b>s7 Структуры, связанные с движением</b>			
s710 Структура головы и области шеи			
s730 Структура верхней конечности			
s740 Структура тазовой области			
s750 Структура нижней конечности			
s760 Структура туловища			
s7700 Кости			
s7703 Наружные суставные связки, фасции, наружные мышечные апоневрозы, оболочки, перегородки, сумки, не уточненные			
Примечание – Структура организма оценивается по трем определителям: * – первый определитель «Выраженность нарушения» ** – второй определитель «Характер нарушения» *** – третий определитель (предположительно) «Локализация нарушения»			

### АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ

Наименование доменов	Активность	Реабилитация
<b>d3 Общение</b>		
d310 Восприятие устных сообщений при общении		

## Продолжение таблицы

d330 Речь		
d331 Неречевое вокальное выражение		
d335 Составление и изложение сообщений		
d350 Разговор		
d360 Использование средств связи и техник общения		
<b>d4 Мобильность</b>		
d410 Изменение позы тела		
d420 Перемещение тела		
d430 Поднятие и перенос объектов		
d435 Перемещение объектов ногами		
d440 Использование точных движений кисти		
d445 Использование кисти и руки		
d450 Ходьба		
d455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы		
d460 Передвижение в различных местах		
d465 Передвижение с использованием технических средств		
d470 Использование пассажирского транспорта		
d475 Управление транспортом		
<b>d5 Самообслуживание</b>		
d510 Мытье		
d520 Уход за частями тела		
d530 Физиологические отправления		
d540 Одевание		
d550 Прием пищи		
d560 Питье		
d570 Забота о своем здоровье		
<b>d6 Бытовая жизнь</b>		
d620 Приобретение товаров и услуг		
d630 Приготовление пищи		
d640 Выполнение работы по дому		

**ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

Наименование доменов	Барьеры	Облегчающие факторы
e 110 Продукты или вещества для персонального потребления		
e 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования		
e 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений		
e 125 Средства и технологии коммуникации		
e 130 Изделия и технологии для обучения		
e 140 Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта		

## Продолжение таблицы

е 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования		
е 430 Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом		
е 525 Жилищные службы, административные системы и политика		
е 540 Транспортные службы, административные системы и политика		
е 570 Службы, административные системы и политика социального страхования		
е 575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки		
е 580 Службы, административные системы и политика здравоохранения		

### Уважаемые коллеги!

Просим Вас принять участие в социологическом исследовании и ответить на вопросы предложенной Вам анкеты.

**Социологическое исследование  
по вопросам направления граждан на медико-социальную экспертизу  
и оказания государственной услуги по проведению МСЭ  
(для специалистов медицинских организаций и учреждений МСЭ)\***

1. Ваше место жительства – отметить "X"	<input type="checkbox"/> Городская местность <input type="checkbox"/> Сельская местность	
2. Название учреждения		
3. Возраст (полных лет)	4. Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский	
5. Занимаемая должность	<input type="checkbox"/> Главный врач <input type="checkbox"/> Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе <input type="checkbox"/> Другое – указать <input type="checkbox"/> Заведующий отделением <input type="checkbox"/> Врач	
6. Клиническая специальность (или несколько специальностей) –	<input type="checkbox"/> Терапевт <input type="checkbox"/> Травматолог <input type="checkbox"/> МСЭ <input type="checkbox"/> Кардиолог <input type="checkbox"/> Онколог <input type="checkbox"/> Невролог <input type="checkbox"/> Офтальмолог <input type="checkbox"/> Хирург <input type="checkbox"/> Организатор здравоохранения <input type="checkbox"/> Другое – указать	
7. Год окончания медицинского ВУЗа	8. Общий стаж работы врачом	9. Общий стаж работы в указанной специальности
10. Стаж работы в должности, которую занимаете в настоящее время		
10. Квалификационная категория – указать, какие категории и по каким специальностями		
11. Принимаете ли Вы (или принимали когда-нибудь) участие в направлении больных на медико- социальную экспертизу?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	13. Сколько лет Вы принимаете участие в направлении граждан на МСЭ?

## Продолжение таблицы

14. В чем состоит Ваша работа при направлении граждан на МСЭ?	<input type="checkbox"/> определение показаний для направления на МСЭ <input type="checkbox"/> составление плана обследования <input type="checkbox"/> оформление направления на МСЭ <input type="checkbox"/> участие в работе врачебной комиссии при направлении <input type="checkbox"/> утверждение формы 088/у-06 <input type="checkbox"/> передача направления на МСЭ по электронному каналу в учреждение МСЭ <input type="checkbox"/> другие работы (указать)
15. Оцените проблемы (затруднения, барьеры), которые испытывает гражданин при направлении на МСЭ в медицинской организации?	<input type="checkbox"/> <b>0-4 %</b> нет проблем <input type="checkbox"/> <b>5-24 %</b> легкие, незначительные проблемы <input type="checkbox"/> <b>25-49 %</b> умеренные, средние проблемы <input type="checkbox"/> <b>50-95 %</b> выраженные, тяжелые проблемы <input type="checkbox"/> <b>96-100 %</b> абсолютные, полные проблемы
16. В чем, по Вашему мнению, <b>основные трудности</b> при направлении больных на МСЭ на уровне ЛПУ?	<input type="checkbox"/> Определение показаний к направлению на МСЭ <input type="checkbox"/> Оформление направления на МСЭ <input type="checkbox"/> Обследование больного в соответствии со стандартами <input type="checkbox"/> Организация обследования тяжелых больных на дому <input type="checkbox"/> Сформулировать диагноз в форме 088/у-06 <input type="checkbox"/> Определение стойкости и выраженности функциональных нарушений <input type="checkbox"/> Оценка прогноза клинического и трудового <input type="checkbox"/> Определение реабилитационного потенциала <input type="checkbox"/> Сформулировать рекомендации по медицинской реабилитации (п. 34 формы 088/у-06) <input type="checkbox"/> Работа с возражениями пациентов <input type="checkbox"/> Другое – указать
17. Как Вы воспринимаете обязанность лечащих врачей оформлять направление на МСЭ?	<input type="checkbox"/> Это часть их функциональных обязанностей, и они обязаны этим заниматься <input type="checkbox"/> Эта работа должна дополнительно оплачиваться <input type="checkbox"/> Лечащие врачи с удовольствием оформляют документы пациентам для направления на МСЭ <input type="checkbox"/> Отнимает много времени и сил, а результат не всегда оправдывает затраченные усилия <input type="checkbox"/> Неприятная обязанность, неинтересная работа, пустая трата времени на «нелечебные» дела <input type="checkbox"/> Другое
18. Сколько времени, в среднем, уходит у больного на оформление направления на МСЭ?	<input type="checkbox"/> Менее 1 недели <input type="checkbox"/> 1-2 недели <input type="checkbox"/> 3 недели <input type="checkbox"/> 4 недели <input type="checkbox"/> Более 1 месяца <input type="checkbox"/> Более 2 месяцев
19. За какое время, по-Вашему, <b>ДОЛЖНО</b> оформляться «Направление на МСЭ» больным в медицинской организации?	<input type="checkbox"/> Менее 1 недели <input type="checkbox"/> 1-2 недели <input type="checkbox"/> 3 недели <input type="checkbox"/> 4 недели <input type="checkbox"/> Более 1 месяца <input type="checkbox"/> Ваши предложения



## Продолжение таблицы

<p>20. Как Вы считаете, имеет ли смысл организовать работу по направлению больных на МСЭ в отдельном кабинете, в руках одного наиболее опытного в этих вопросах врача, имеющего подготовку по МСЭ, а также высокий уровень владения IT-технологиями, и освободить всех остальных специалистов ЛПУ от этого занятия, привлекая их только по необходимости (например, для консультаций)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Нет, оформлять направление на МСЭ должны только лечащие врачи, которые длительно наблюдают за больным и знают особенности течения заболевания</p> <p><input type="checkbox"/> Да, организация направления пациентов на МСЭ в режиме «одного кабинета» действительно оптимизировала бы работу ЛПУ и позволила рационально использовать рабочее время других специалистов и ресурсы ЛПУ.</p> <p><input type="checkbox"/> Предложите другие варианты (очень важно именно Ваше мнение по данному вопросу):</p>
<p>21. Организована ли Вашим учреждением передача направления на МСЭ в учреждения МСЭ по электронному каналу?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Планируется в ближайшей перспективе (1-3 года)</p> <p><input type="checkbox"/> Планируется в отдаленной перспективе</p> <p><input type="checkbox"/> Этот вопрос не рассматривался</p>
<p>22. Отметьте проблемы (барьеры) при организации электронного межведомственного взаимодействия медицинской организации и МСЭ</p>	<p><input type="checkbox"/> Низкий уровень компьютерной грамотности сотрудников ЛПУ</p> <p><input type="checkbox"/> Низкий уровень обеспеченности ЛПУ компьютерами и программными продуктами</p> <p><input type="checkbox"/> Нехватка кадров в целом</p> <p><input type="checkbox"/> Невозможность приема электронного направления на МСЭ в учреждении медико-социальной экспертизы</p> <p><input type="checkbox"/> Другое</p> <p><input type="checkbox"/> Барьеров нет</p>
<p>23. Отметьте причины необоснованных направлений и ошибок при направлении на МСЭ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Отсутствие четкого регламента направления граждан на МСЭ с учетом особенностей региона</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствие «на Вашем рабочем столе» самих стандартов обследования больных при направлении на МСЭ</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствие единых критериев оценки стойкости и выраженности нарушений функций</p> <p><input type="checkbox"/> Низкий уровень объективизации сведений в направлении на МСЭ, завышение или занижение степени выраженности функциональных нарушений</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствие реальной возможности полностью выполнять рекомендуемые стандарты обследования при направлении граждан на МСЭ</p> <p><input type="checkbox"/> Организационные проблемы (нехватка врачей, трудности при записи на прием к специалистам, долгое ожидание в очереди на бесплатные обследования и т.д.)</p> <p><input type="checkbox"/> Сложности в организации клинико-экспертной работы в ЛПУ</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствие информации о порядке и условиях направления гражданина на МСЭ</p> <p><input type="checkbox"/> Недостаточная профессиональная компетенция врачей, направляющих на МСЭ</p> <p><input type="checkbox"/> Другие</p>

## Продолжение таблицы

23. Оцените проблемы (затруднения, барьеры), которые испытывает гражданин при проведении МСЭ в учреждении медико-социальной экспертизы?	<input type="checkbox"/> 0-4 % нет проблем <input type="checkbox"/> 5-24 % легкие, незначительные проблемы <input type="checkbox"/> 25-49 % умеренные, средние проблемы <input type="checkbox"/> 50-95 % выраженные, тяжелые проблемы <input type="checkbox"/> 96-100 % абсолютные, полные проблемы
24. Отметьте основные барьеры в предоставлении государственной услуги по проведению МСЭ?	<input type="checkbox"/> Длительность и трудоемкость сбора документов на МСЭ <input type="checkbox"/> Недостатки физической доступности учреждений МСЭ (больным далеко и неудобно добираться, необорудованные соответствующим образом здания и др.) <input type="checkbox"/> Нехватка информации по вопросам МСЭ для гражданина <input type="checkbox"/> Отсутствие четких критериев оценки стойкости и выраженности нарушений функций <input type="checkbox"/> Отсутствие четких критериев оценки ограничений жизнедеятельности <input type="checkbox"/> «Несправедливые» критерии для установления инвалидности <input type="checkbox"/> Недостаточный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно <input type="checkbox"/> Недостатки этических основ общения с гражданином в учреждении МСЭ <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Барьеров нет
25. Что бы лично Вы хотели в первую очередь преобразовать в деятельности медицинских организаций при направлении на МСЭ?	
26. Ваши предложения по совершенствованию организации медико-социальной экспертизы	

***Благодарим Вас за участие в социологическом исследовании!***

\* Карта разработана совместно со специалистом ФГУ «Главное бюро МСЭ по Нижегородской области» С. В. Герман

Результаты контент-анализа программ и планов субъектов Российской Федерации по комплексной реабилитации  
(анализ проведен в 2012 г.)

Сфера	Мероприятия, представленные в планах и программах субъектов РФ
Медико-социальные мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– дооснащение государственных медицинских организаций медицинским реабилитационным оборудованием;</li> <li>– обеспечение государственных медицинских учреждений техническими средствами реабилитации;</li> <li>– реализация проекта по организации санатория на дому для граждан пожилого возраста и инвалидов;</li> <li>– оборудование звуковыми информаторами кабинетов врачей-специалистов государственных учреждений здравоохранения для доступа в них слабовидящих граждан и инвалидов по зрению;</li> <li>– предоставление социальной выплаты на проезд к месту лечения и обратно больным с терминальной хронической почечной недостаточностью, мукополисахаридозом, лимфолейкозом;</li> <li>– предоставление инвалидам, получающим программный гемодиализ, компенсации на проезд;</li> <li>– возмещение расходов за проезд инвалидам по зрению в центры реабилитации и клиники;</li> <li>– организация деятельности отделений медико-социальной реабилитации;</li> <li>– обеспечение инвалидов ТСП медико-социального назначения за счет регионального бюджета;</li> <li>– организация оздоровления и обучения плаванию детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата;</li> <li>– обеспечение адресности и повышение качества предоставления инвалидам санаторно-курортных путевок;</li> <li>– совершенствование форм организации медико-социальной помощи в организациях здравоохранения, в том числе при обследовании для направления на медико-социальную экспертизу;</li> <li>– реализация проекта социального партнерства органов государственной власти и бизнес-структур по оказанию адресной помощи детям-инвалидам, детям, страдающим тяжелыми заболеваниями, в том числе дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в зарубежных клиниках (Тюменская область);</li> <li>– организация работы мобильных кабинетов реабилитации для детей раннего возраста с патологией опорно-двигательного аппарата;</li> <li>– проведение оперативного индивидуального консультирования на дому родителей, имеющих детей с тяжелыми системными нарушениями функций организма, специалистами служб ранней помощи посредством использования режима видеосвязи;</li> <li>– создание групп родительской взаимопомощи по осуществлению реабилитационных и профилактических мероприятий. (Тюменская область);</li> <li>– создание производственных участков для реабилитации и трудоустройства инвалидов вследствие психических заболеваний в лечебно-производственных мастерских при психиатрических стационарах и психоневрологических диспансерах (г. Москва).</li> </ul>

## Продолжение таблицы

Образование	<ul style="list-style-type: none"> <li>– развитие инклюзивного образования;</li> <li>– оснащение образовательных учреждений технологическим и реабилитационным оборудованием для обучения детей-инвалидов;</li> <li>– создание ресурсных центров (базовой профессиональной образовательной организации), обеспечивающих поддержку региональной системы инклюзивного профессионального образования инвалидов;</li> <li>– проведение конкурсов научных исследований, социальных проектов, направленных на разработку моделей инклюзивного образования, коррекционно-развивающих технологий, формирование толерантного отношения общества к проблеме инвалидности (гранты);</li> <li>– создание и развитие дистанционного образования;</li> <li>– повышение квалификации педагогических работников, специалистов по сурдопереводу для работы в условиях инклюзивного образования;</li> <li>– проведение обучающих семинаров, курсов для родителей по обучению навыкам ухода, абилитации и реабилитации детей раннего возраста;</li> <li>– улучшение условий проживания детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся стационарно в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях;</li> <li>– приобретение оборудования для организации деятельности психолого-медико-педагогических центров.</li> </ul>
Занятость	<ul style="list-style-type: none"> <li>– организация профессионального обучения и дополнительного профессионального образования инвалидов;</li> <li>– создание и развитие дистанционного профессионального образования;</li> <li>– содействие трудоустройству инвалидов, в том числе на временные рабочие места;</li> <li>– реализация мероприятий по содействию трудоустройству незанятых инвалидов на оборудованные (оснащенные) для них рабочие места;</li> <li>– проведение специализированных ярмарок вакансий и учебных рабочих мест для лиц с ограниченными возможностями;</li> <li>– оплата проезда для прохождения профессионального обучения (переподготовки) и реабилитации инвалидов в возрасте от 18 до 45 лет и сопровождающих их лиц в образовательно-реабилитационных центрах и учебных заведениях, расположенных за пределами региона;</li> <li>– компенсация оплаты обучения в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования, имеющих государственную аккредитацию, гражданам с ограниченными возможностями здоровья;</li> <li>– содействие самозанятости инвалидов, признанных в установленном порядке безработными;</li> <li>– проведение специальной оценки условий труда на рабочих местах инвалидов;</li> <li>– внедрение технологии трудовой реабилитации инвалидов трудоспособного возраста в учреждениях социальной защиты населения;</li> <li>– выплата персональной стипендии Губернатора студентам-инвалидам (Ленинградская область);</li> </ul>

## Продолжение таблицы

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– подготовка и издание материалов для информирования инвалидов по вопросам трудовой занятости с учетом требований рынка труда, размещение материалов по вопросам трудовой занятости в средствах массовой информации;</li> <li>– сохранение и создание новых рабочих мест для инвалидов на специализированных предприятиях, использующих труд инвалидов: приобретение оборудования для выпуска новой продукции и обновления технологических линий (Псковская область);</li> <li>– трудоустройство родителей (одного из родителей), воспитывающих детей-инвалидов, обратившихся в органы службы занятости населения, на созданные рабочие места (Рязанская область);</li> <li>– предоставление инвалидам из числа безработных граждан консультационных услуг по вопросам организации предпринимательской деятельности (Самарская область).</li> </ul>
Социальная защита	<ul style="list-style-type: none"> <li>– создание и оснащение пунктов проката технических средств реабилитации;</li> <li>– обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации в соответствии с региональным гарантированным перечнем технических средств, оказание материальной помощи инвалидам на приобретение технических средств реабилитации, не входящих в федеральный перечень;</li> <li>– предоставление для инвалидов, детей-инвалидов и других категорий населения (сверх выдаваемых бесплатно в соответствии с действующим законодательством) скидок с отпускных цен на протезно-ортопедические изделия, реализуемые за наличный расчет в размере 30 % (Рязанская область);</li> <li>– организация круглосуточных диспетчерских центров связи для инвалидов по слуху (видеотелефонной связи) с целью оказания экстренной и иной социальной помощи;</li> <li>– поддержка общественных организаций инвалидов;</li> <li>– организация обучения инвалидов на курсах вождения;</li> <li>– развитие методических кабинетов по организации работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, в учреждениях социального обслуживания семьи и детей;</li> <li>– организация работы служб раннего вмешательства в учреждениях социального обслуживания семьи и детей;</li> <li>– развитие отделений срочной социальной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов;</li> <li>– проведение фестиваля творчества, ежегодных акций, организация участия инвалидов во Всероссийских конкурсах;</li> <li>– разработка и внедрение методик и технологий социально-коррекционной работы в условиях реабилитационного учреждения, методик семейного и интернет-консультирования;</li> <li>– оснащение библиотек для слепых: проект «Детский тактильный центр» на базе библиотеки, «создание студии звукозаписи «говорящих книг» и др.;</li> <li>– оплата проезда инвалидов I и II групп по зрению для прохождения курса реабилитации;</li> </ul>

## Продолжение таблицы

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– обеспечение средствами реабилитации нуждающихся при осуществлении трудовой деятельности или при получении высшего или среднего профессионального образования, смартфонами и программным обеспечением для установки на смартфоны, обеспечивающими речевой выход и GPS-навигацию, ноутбуками и программным обеспечением для установки на ноутбуки, обеспечивающими речевой выход (Липецкая область);</li> <li>– организация и оснащение реабилитационных центров, реабилитационных отделений;</li> <li>– создание и развитие службы «Социальное такси»;</li> <li>– организация обучения инвалидов и их семей методам реабилитации и подготовки к самостоятельному проживанию;</li> <li>– создание служб социального сопровождения семей, воспитывающих детей-инвалидов (Волгоградская область);</li> <li>– издание и тиражирование методических пособий по социальной реабилитации инвалидов;</li> <li>– оказание материальной помощи особо нуждающимся семьям с детьми-инвалидами за счет средств областного бюджета на неотложные нужды;</li> <li>– выплата компенсации инвалидам, страховых премий по договорам обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств;</li> <li>– проведение правового информирования и правового просвещения населения, бесплатной юридической помощи;</li> <li>– проведение сборов с целью обучения инвалидов навыкам передвижения на колясках активного типа и прогулочных креслах-колясках, а также подготовка инструкторов по обучению инвалидов.</li> </ul>
<p>в т. ч содействие инвалидам в организации доступного жилья</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– адаптация объектов жилого фонда и жилой среды инвалидов: предоставление социальной выплаты (компенсации) инвалидам-колясочникам на пристройку пандуса, балкона / лоджии с пандусом (пандуса к балкону / лоджии), обустройство автономных выходов для инвалидов-колясочников, живущих на первых этажах (Амурская область);</li> <li>– адаптация жилых помещений инвалидов: обеспечение съемными и стационарными пандусами для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, в том числе компенсация затрат на приобретение и установку оборудования, облегчающего движение инвалидов внутри и снаружи помещения (Еврейская АО);</li> <li>– приобретение переносных раздвижных телескопических пандусов для приспособления жилых помещений инвалидов (Забайкальский край);</li> <li>– обеспечение инвалидам, передвигающимся на креслах-колясках, находящимся в трудной жизненной ситуации, реконструкции жилых помещений с учетом мероприятий, обеспечивающих их доступность, свободное передвижение в них; оснащение специальными устройствами (Карачаево-Черкесская республика);</li> <li>– оказание адресной помощи инвалидам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (Республика Адыгея);</li> <li>– приобретение специальных устройств, приспособлений, технических средств реабилитации в целях создания условий доступности для инвалидов-колясочников жилых помещений, входных групп в жилых домах (Свердловская область);</li> <li>– оказание адресной социальной помощи проживающим в регионе инвалидам (семьям инвалидов) на проведение ремонтных и восстановительных работ жилых помещений в порядке, установленном правительством субъекта РФ (Тульская область).</li> </ul>

## Продолжение таблицы

Физическая культура и спорт	<ul style="list-style-type: none"> <li>– организация и проведение физкультурно-спортивных мероприятий, фестивалей-конкурсов, спартакиад и т. п.;</li> <li>– поддержка общественных организаций инвалидов спортивной направленности;</li> <li>– организация семинаров для специалистов, конкурсов «Лучший тренер»;</li> <li>– подготовка и проведение занятий в спортивно-оздоровительных группах и отделениях инвалидов в детско-юношеских спортивных школах;</li> <li>– приобретение спортивного инвентаря, специальных тренажеров для областных общественных организаций инвалидов, колясок для инвалидов-спортсменов, обеспечение инвалидов-спортсменов протезами для занятия физкультурой и спортом (Псковская область), другими ТСР.</li> </ul>
Культура	<ul style="list-style-type: none"> <li>– обеспечение сурдопереводом спектаклей учреждений культуры;</li> <li>– оснащение и приобретение специального оборудования для организации доступа инвалидов к произведениям культуры и искусства, библиотечным фондам и информации в доступных форматах;</li> <li>– организация музейных экскурсий для инвалидов по зрению с использованием аудиогuida, для инвалидов по слуху с предоставлением им соответствующей текстовой информации;</li> <li>– оснащение кинотеатров необходимым оборудованием для осуществления кинопоказов с подготовленным субтитрованием и тифлокомментированием;</li> <li>– разработка музейных экскурсий для инвалидов по зрению и по слуху;</li> <li>– прокат спектаклей для лежачих детей-инвалидов и детей с нарушениями слуха (Костромская область).</li> </ul>
Доступная среда на ОСИ (мероприятия социальной интеграции)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– организация проведения мониторинга по определению потребностей инвалидов в мерах по обеспечению доступной среды жизнедеятельности (Забайкальский край), в т. ч. путем социологических опросов;</li> <li>– проведение (участие) межотраслевых (межрегиональных) семинаров по изучению и распространению передового опыта деятельности в сфере формирования доступной среды жизнедеятельности, курсов повышения квалификации специалистов;</li> <li>– оплата услуг сурдопереводчика при проведении благотворительных мероприятий и телевизионных социально значимых передач для инвалидов на телевидении;</li> <li>– адаптация пешеходных переходов звуковыми дублерами для инвалидов и других маломобильных групп населения;</li> <li>– приобретение транспортных средств подвижного состава наземного городского пассажирского транспорта общего пользования со специальным оборудованием и конструктивными особенностями;</li> <li>– повышение уровня доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других МГН: приспособление входных групп, установка пандусов, поручней, подъемных устройств, расширение дверных проемов, приспособление путей движения внутри здания, зон оказания услуг, обустройство внутренних помещений с учетом особых потребностей инвалидов различных категорий, обустройство прилегающей территории социально значимых объектов и мест парковки вблизи объектов;</li> </ul>

## Продолжение таблицы

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– изготовление и размещение графических материалов (баннеров), формирующих толерантное отношение к людям с ограниченными возможностями и их проблемам;</li> <li>– формирование паспортов доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других МГН и нанесение их на карту доступности субъекта РФ;</li> <li>– расширение форм и способов информирования инвалидов о предоставляемых услугах (создание и модернизация сайтов, доступных для инвалидов по зрению, создание информационных стендов и материалов в доступных форматах).</li> </ul>
Информатизация	– организация ведения баз данных детей-инвалидов и граждан, осуществляющих уход за ними
Межведомственное взаимодействие	<ul style="list-style-type: none"> <li>– межведомственное взаимодействие исполнительных органов государственной власти субъекта РФ и территориальных органов федеральных органов исполнительной власти по исполнению ИПРА инвалидов (Костромская область);</li> <li>– разработка и внедрение механизма межведомственного взаимодействия в решение проблем детей-инвалидов и семей с детьми-инвалидами, реализации мероприятий по комплексной реабилитации и интеграции в общество (Республика Северная Осетия-Алания); отработка и внедрение моделей межведомственного взаимодействия по контролю за исполнением индивидуальной программы реабилитации инвалида (Саратовская область);</li> <li>– формирование нормативной правовой и методической базы по организации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (Республика Саха-Якутия).</li> </ul>



