

На правах рукописи

ВЛАДИМИРОВА
Оксана Николаевна

**СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза
и медико-социальная реабилитация

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2020

Работа выполнена в ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Научные консультанты:

академик РАН, доктор медицинских наук

профессор

Пузин Сергей Никифорович

доктор медицинских наук, профессор

Ачкасов Евгений Евгеньевич

Официальные оппоненты:

Запарий Сергей Петрович – доктор медицинских наук, ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Москве» Минтруда России, руководитель – главный эксперт по МСЭ;

Захарченко Юрий Иванович – доктор медицинских наук, доцент, МАО ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования», ИО ректора;

Бронников Владимир Анатольевич – доктор медицинских наук, ГБУ Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов», директор

Ведущее учреждение: ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России

Защита диссертации состоится: «8» октября 2020 года в 13 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.04 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1 и на сайте организации www.sechenov.ru

Автореферат разослан «__» _____ 20__ г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук



Конева Елизавета Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. 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 [Всемирный доклад об инвалидности, 2010]. В России, по официальным данным, 59% населения страны рассматриваются как маломобильные группы населения [Государственная программа «Доступная среда», 2011, 2020].

В РФ насчитывается около 12 млн. инвалидов [Федеральный реестр инвалидов, 2020]. 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 [Дымочка М.А., Лаврова Д.И. и др., 2012, 2017; Пузин С.Н., Шургая М.А., 2018]. К МГН отнесены лица старших возрастных групп, инвалиды, лица с временными нарушениями здоровья и другие. Современная медико-демографическая ситуация в РФ характеризуется процессами естественной убыли населения по многим регионам, депопуляции, регрессивным типом возрастной структуры населения, сокращением численности трудоспособного населения, усугублением разрыва между возрастными группами населения [Хавинсон В.Х., Башкирева А.С., 2013-2017; Пузин С.Н., Шургая М.А., 2019, Ткачева О.Н., 2017]. 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.

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 [Ачкасов Е.Е. и соавт., 2014, 2015; Пономаренко Г.Н. и соавт., 2016; Старобина Е.М. и соавт., 2012, 2017].

Основой для реформирования действующих медико-социальных систем в отношении инвалидов являются Конвенция о правах инвалидов (ООН, 2006) и Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (ВОЗ, 2001).

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 РФ и федеральных министерств, утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года. Новый импульс развитию системы комплексной реабилитации инвалидов был дан Государственной программой РФ «Доступная среда» на 2011-2025 годы, в которой впервые были запланированы мероприятия по ее совершенствованию в рамках федерального бюджета. 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 её 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 проработанности темы исследования. Медико-социальные аспекты инвалидности на современном этапе рассмотрены в работах Пузина С.Н. и соавт. (2007, 2018), Коробова М.В. (2003, 2011, 2015), Дымочки М.А. и соавт. (2010, 2012, 2018) и др.: изучены основные медико-социальные, организационные, производственные, правовые и другие факторы, оказывающие влияние на явление инвалидности. Современные вопросы организации медико-социальной реабилитации инвалидов, ее медицинского, социального и профессионального аспектов подробно излагается в публикациях Коробова М.В. (2011, 2015), Шестакова В.П. (2008), Пономаренко Г.Н. (2016), Старобиной Е.М. (2017), Карасаевой Л.А. (2011), Сергеевой О.В. (2017), Захарченко Ю.И. (2008), Кантемировой Р.К. (2015) и др. Биоспихосоциальная модель инвалидности с позиций МКФ и возможности ее применения в практике здравоохранения и социальной защиты населения раскрыты в работах Коробова М.В., Шостка Г.Д. (2003), Шошмина А.В. (2013, 2015), Смычка В.Б. (2005), Бронникова В.А. (2017), Юнусова Ф.А. (2010) и др.

Концептуальные основы управления социально-экономической политикой в отношении населения с инвалидностью рассмотрены в работах Романова П.В. и соавт. (2006), Андреевой О.С. (2012, 2015), Божкова И.А. (2013) и др. Изучение результатов проведенной в РФ в 2004 году монетизации льгот отдельных категорий населения, в том числе и инвалидов нашли свое отражение в работах Ржанициной Л.С. (2016) и др.

Проблемам социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество посвящены работы Романова П.В, Ярской-Смирновой Е.Р. (2006), Малевой Т.М. (2004) и др.

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 МКФ, еще не до конца выяснены. Требуется дальнейшее системное изучение «факторов окружающей среды» с целью использования полученных сведений при разработке системы 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. Вывить 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 в РФ лиц с ограничением мобильности, 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 ООН 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 МСЭ, 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 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 РФ позволила:

- реализовать правозащитный подход, предупредить дискриминацию инвалидов на региональном уровне путем включения всех 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.

Практическая значимость исследования.

Результаты исследования внедрены в деятельность: Департамента по делам инвалидов Минтруда России; 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 Минтрудом России 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;

– «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;

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

– «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;

– «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.

Степень достоверности и апробация результатов работы

Достоверность научных результатов подтверждена объёмом 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.

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

Также результаты докладывались в 8 Федеральных округах РФ (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Владивосток, Чита, Владикавказ, Екатеринбург, 2012) на семинарах, организованных Минтрудом России 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 (Глазго, 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 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 1 ноября 2019 г. (протокол №1).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 50 научных работ, в том числе 21 в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК (из них 5 – в журналах, индексируемых в международной базе Scopus).

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.

Основные положения, выносимые автором 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, 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: клинико-функциональные показатели (домены МКФ bxx.x и sxx.x), активность и участие (домены МКФ dxx.x) и факторы окружающей среды (домены МКФ еxx.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.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

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 (пункты 1, 3, 6, 8 паспорта научной специальности).

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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, определяется цель и задачи исследования, раскрывается научная новизна, научно-практическая значимость работы, личный вклад автора, а также основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор литературы, основанный на анализе правовых, организационных и методических основ комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности. Сформулированы медико-демографические предпосылки формирования проблемы, обусловленные процессам старения населения и показателями инвалидности, которые составили 8,8% населения страны. По официальным данным МГН насчитывали более 40 млн. человек, т.е. 59% населения. Инвалидность как феномен

рассмотрена с позиций медицинской, социальной и биопсихосоциальной парадигм.

Представлено методологическое обоснование комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, которое основано на социальной модели (Конвенция о правах инвалидов и другие международные и российские документы) и предусматривает, в том числе, создание доступной среды жизнедеятельности и развитие технологий постреабилитационного сопровождения.

Изучены особенности реформирования системы комплексной реабилитации инвалидов, в том числе организационно-правовые механизмы разработки и реализации ИПРА, которое происходит в РФ с 2012-2014 гг. и предполагает активное участие ИОГВ субъекта РФ в реализации мероприятий ИПРА. Сформулированы основные положения по решению вопросов обустройства жилья для инвалидов с ограничением мобильности.

Представленный анализ свидетельствует о недостаточной изученности проблемы и необходимости обоснования организационно-методических, нормативно-правовых и медико-социальных вопросов системы комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, а также отдельных методик, направленных на экспертную оценку потребностей инвалидов в обустройстве жилья с учетом имеющихся ограничений жизнедеятельности.

В основе настоящего исследования использована биопсихосоциальная концепция инвалидности МКФ, которая рассматривает инвалидность как эволюционирующее понятие и результат взаимодействия между людьми, имеющими нарушение здоровья, и отношенческими, а также средовыми барьерами, препятствующими полноценному и эффективному участию в жизни общества.

Организация и методика комплексного медико-социального исследования. Работа выполнена по трем основным направлениям: социально-гигиеническому, медико-социальному и организационному (табл. 1).

Использованы документальный, монографический, метод выкопировки данных, социологический, экспертных оценок, реабилитационно-экспертной диагностики, социально-гигиенические методы, статистические методы исследования. Выполнена соответствующая обработка результатов исследований с применением параметрических методов статистики адекватных поставленным задачам.

Демографические закономерности изучены по официальным данным Федеральной службы государственной статистики за 2004-2018 гг. (15 лет) объёмом исследования 146 880 тыс. человек, закономерности формирования контингента инвалидов, получающих пенсии 2010-2019 гг. (10 лет) у 13134 тыс. человек, соответственно. Тенденции первичной инвалидности в стране изучены за 15 лет (2003-2017 гг.) по данным федерального статистического наблюдения за деятельностью бюро МСЭ (формы №7-собес), сведениям ЕАВИИАС МСЭ, объём исследования составил 14883 тыс. человек.

Показатели функционирования и жизнедеятельности инвалидов с ограничением мобильности изучены сплошным методом у 18 5396 человек в РФ и 21614 человек в Санкт-Петербурге по сведениям ЕАВИИАС МСЭ и документов в нее входящих.

Барьеры жилого помещения и объектов социальной инфраструктуры изучены у 370 инвалидов с ограничением мобильности, передвигающихся на креслах-колясках (проведено на основании адаптированного опросника ВОЗ и базового набора МКФ и специально разработанной карты обследования жилья инвалида). Барьеры медицинской организации при направлении на МСЭ и предоставления государственной услуги по МСЭ изучены методом социологического опроса 163 специалистов по специально разработанной анкете на основе МКФ.

Для изучения системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов проанализированы данные социологического опроса, нормативно-правовые и методические документы, целевые региональные программы 81 субъекта Российской Федерации в сфере комплексной реабилитации

инвалидов. Данные из регионов получены методом запроса по специально разработанными показателям по оценке системы реабилитации и по обследованию жилья инвалидов с ограничением мобильности.

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.

В третьей главе представлены результаты анализа общей и первичной инвалидности как медико-социального индикатора формирования контингента инвалидов с ограничением мобильности.

В динамике 2004-2018 гг. численность населения РФ трудоспособного возраста уменьшилась на 7 588 тыс. человек (8,4%), а лиц старше трудоспособного возраста возросла на 8 016 тыс. человек (27,3%).

Выявлено 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, являлись преобладание «тяжелой» инвалидности в структуре общей инвалидности, 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, т.е. общая инвалидность становится «легче»; ЛСТВ составили 70% всех инвалидов.

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 ЛСТВ, необходимо внедрять положения Конвенции о правах инвалидов, МКФ, Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года.

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 (рис.1).

Динамика численности и уровня первичной инвалидности ЛСТВ имела резкий подъем во время реформ пенсионного законодательства, что 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.

Таблица 1 – Методика и организация исследования

Направления и этапы	Объект исследования, источники информации, объем исследования	Методы
1	2	3
<p>Социально-гигиеническое направление: 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 (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/) 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 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. Источники: официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/) 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 за 2003–2017 гг. (15 лет).</p>	<p>Объект исследования: ВПИ 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>	<p>Документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический</p>

Продолжение Таблицы 1

1	2	3
<p>Медико-социальное направление: 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 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 ВОЗ и специально разработанная карта обследования жилья; 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.</p>	<p>Социологического опроса, статистический, метод экспертных оценок</p>
<p>Организационно-методическое направление: VI этап – изучение условий 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>

Продолжение Таблицы 1		
1	2	3
<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.;</p> <p>Источники: данные социологического опроса, нормативно-правовые и методические документы, целевые региональные программы 81 субъекта РФ в сфере комплексной реабилитации инвалидов.</p>	<p>Документальный, аналитический, монографический социологического опроса</p>

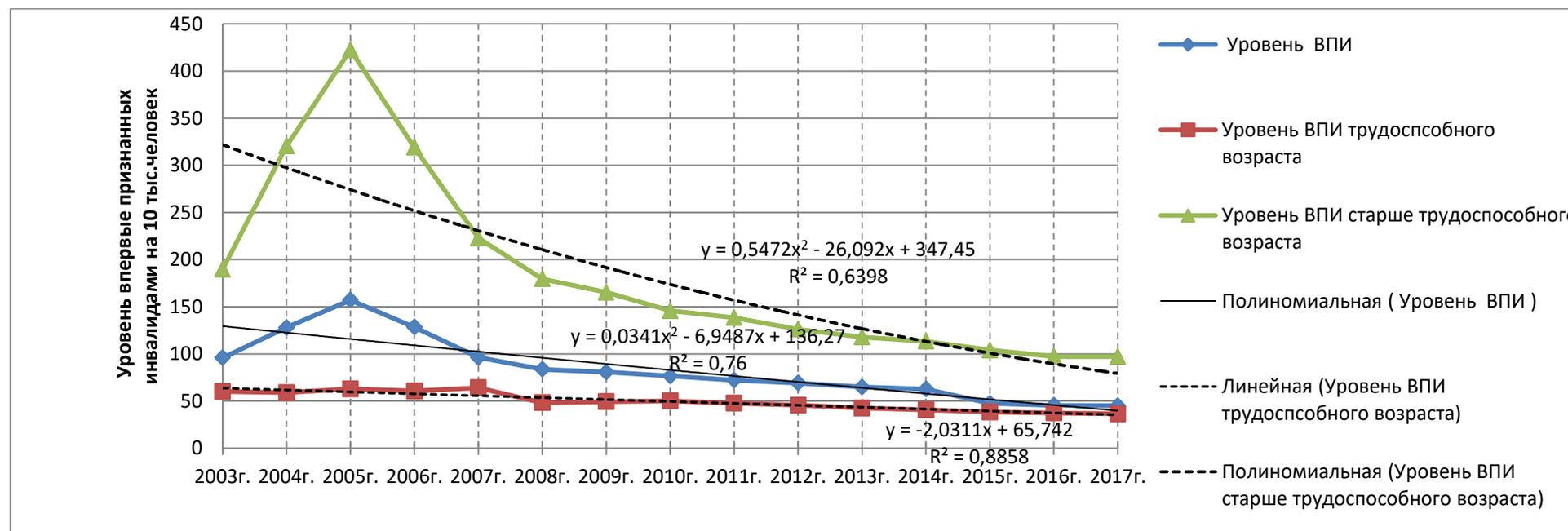


Рисунок 1 – Динамика уровня первичной инвалидности в РФ за 15 лет (2003-2017 гг.)

У ЛСТВ первичная инвалидность более тяжелая: четвертую её 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.

Изучение первичной инвалидности свидетельствуют о необходимости совершенствования деятельности медицинских организаций при направлении больных разных возрастов на МСЭ, так каждый пятый человек трудоспособного возраста и каждый десятый гражданин старше трудоспособного возраста направляется в учреждение МСЭ, не имея оснований для установления инвалидности.

В четвертой главе представлены основные закономерности формирования инвалидности с ограничением мобильности. 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.

Выявлены достоверные отличия в показателях ВПИ 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%, $p < 0,005$).

Определена достоверно значимая зависимость от возраста вида функциональных нарушений: удельный вес ВПИ, использующих кресло-коляску, в 2,4 раза больше среди ЛСТВ, чем среди ЛТВ (5,7 против 2,4%, $p < 0,005$, соответственно); первичных инвалидов 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 впервые признанных инвалидами 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.

Первичная инвалидность ЛСТВ 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 ЛСТВ с выраженной и значительно выраженной степенью нарушений статодинамических функций в 2,6–2,7 раза выше, чем доля лиц трудоспособного возраста.

В Санкт-Петербурге ежегодно регистрируется около 8 тыс. ВПИ 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% ВПИ, 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 тыс. впервые признанных инвалидами: выраженные – у 36,1%, значительно выраженные – у 19,6%, соответственно. Языковые и речевые нарушения выявлены у 1 тыс. 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% ВПИ, 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.).

Ограничение передвижения разной степени выраженности выявлено 68,6% ВПИ. Также ограничение способности к трудовой деятельности выявлено у всех первичных инвалидов, ограничение самообслуживания – 81,4%. Данные показатели указывают на значимость развития профессиональной и социальной реабилитации, направленной на компенсацию и устранение имеющихся ОЖД. Высокие показатели ограничения способности к самостоятельному передвижению придают особую значимость совершенствованию мероприятий по созданию системы комплексной реабилитации и доступной среды.

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

Зафиксировано влияние возраста на тяжесть ОЖД инвалидов. Достоверные различия выявлены практически во всех категориях в 3-й, самой тяжелой степени, показатели тяжести ОЖД 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.

Практически у всех инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, 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.

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 (персонального ассистента или помощника) и предоставление соответствующих ТСР, 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) разрабатывается учреждениями МСЭ, причем 30,3% впервые.

При развитии реабилитационной инфраструктуры необходимо учитывать: а) потребности инвалидов разного возраста: 44,1% среди всех программ реабилитации разработано для ЛСТВ; б) особенности городских и сельских поселений: удельный вес программ реабилитации для жителей сельских поселений достаточно высок (22,1-30,2%); в) 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%; г) нуждаемость инвалидов с ограничениями мобильности в технических средствах (тростях, опорах, ходунках, креслах-колясках и др.).

Несмотря на увеличение числа лиц пенсионного возраста в РФ за исследованный период, происходящие изменения в организации системы здравоохранения и социальной защиты граждан привели к некоторому снижению показателей 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 финансированию.

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.

В пятой главе представлены критерии (индикаторы) барьерности окружающей социальной среды для инвалидов с ограничением мобильности.

Стесненность жилищных условий разной степени выраженности выявлена у 5,4% домохозяйств инвалидов и 51,6% домохозяйств с детьми-инвалидами. При обустройстве домов ТСР – 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.

В субъектах РФ с разной степенью интенсивности развивается деятельность межведомственных комиссий по обследованию жилья. В 2018 году 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.

Несмотря на обеспечение ТСП, 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.

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%.

При экспертной оценке жилья инвалидов-колясочников определено, что архитектурно-планировочные решения жилых помещений и ОСИ не учитывали специфичные особенности инвалидов с ограничением мобильности, что отметили 59,6% специалистов; проблемы, связанные с состоянием здоровья инвалидов, которые препятствовали полноценной мобильности – 47,9 %; проблемы психического здоровья – 7,1 %, психологические проблемы (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.

При оценке действующего порядка направления пациентов из медицинской организации на МСЭ отметили наличие проблем разной степени выраженности 84,0% респондентов; при оценке действующей организации МСЭ – 79,0% респондентов. Вместе с тем, степень выраженности проблем оказалось существенно различной: так, выраженные и значительно выраженные проблемы в медицинской организации при направлении на МСЭ зарегистрированы в ответах 12,3% респондентов, что в 2,4 раза выше, чем в службе МСЭ.

В шестой главе представлены методические основы адаптации жилья инвалидов с ограничением мобильности. Барьеры окружающей среды наиболее полно и объективно представлены в случае проведения 2-х

уровневой оценки: путем изучения мнения, во-первых, самого инвалида, и, во-вторых, экспертной оценки специалиста, проводившего диагностику.

Разработан алгоритм оценки нуждаемости инвалида (ребенка-инвалида) в оборудовании жилого помещения. Алгоритм состоит 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.

Методика предполагает изучение клинико-функционального критерия, критерия активности и участия и критерия окружающей среды, количественные параметры которых определены с помощью Единой шкалы измерений МКФ.

Организационные меры по обустройству квартир инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, включали шесть этапов. *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 (межведомственной комиссией), в котором на основании результатов определения потребности инвалида в адаптации жилого помещения и результатов обследования квартиры, сделаны выводы о конкретных архитектурно-планировочных преобразованиях квартиры, составлен перечень мероприятий. *Третий этап.* Разработка ИПРА. *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.* Оценка эффективности социальной

реабилитации специалистами социальной защиты, а также учреждениями МСЭ при переосвидетельствовании гражданина.

Эффективность данной организационной технологии подтверждена изменением показателей ОЖД по МКФ: выраженность барьеров жилой среды снизилась, появилась возможность у инвалидов-колясочников осуществлять элементы жизнедеятельности более самостоятельно.

В седьмой главе представлена концепция комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности в субъекте РФ.

Контент-анализ действующих 81 региональных программ субъектов Российской Федерации по реабилитации и абилитации позволил систематизировать: а) организационно-правовые механизмы выделения финансирования на развитие системы комплексной реабилитации в субъектах РФ; б) ответственных за исполнение мероприятий ИПРА органы власти, их основные задачи и полномочия; в) приоритетные мероприятия (обязательные и факультативные), проводимые в рамках региональной целевой программы; г) оценить сложившиеся компоненты системы реабилитации и абилитации в субъектах РФ.

Необходимость формирования системы комплексной реабилитации инвалидов с последующей разработкой и реализацией соответствующей программы выявлена в 16 регионах страны (менее 7,2 баллов); а в 24 субъектах РФ показана необходимость совершенствования системы (от 7,2 до 13 баллов). Критерии оценки представлены в приказе Минтруда России от 30.06.2017 №545. В 2012 году лишь 7 субъектов РФ выделяли финансирование в региональной программе на переоборудование жилья инвалидов.

Разработана и предложена концепция комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности, эффективность деятельности которой обеспечивается проведением мониторинга потребностей, межведомственным взаимодействием на этапах направления на медико-социальную экспертизу, разработки и реализации ИПРА, включением в эту

деятельность исполнительных органов власти в соответствующих сферах субъекта РФ, программно-целевым способом развития с четкой системой управления и контроля исполнения планов и программ.

Оценка потребности инвалидов с ограничением мобильности в комплексной реабилитации и абилитации в субъектах РФ представляет из себя многоэтапный процесс, который происходит на 3 уровнях: в федеральных учреждениях МСЭ, при разработке ИПРА, на уровне региональных органов власти, на основе Выписок из ИПРА, и в учреждениях реабилитационной направленности разных организационно-правовых форм и форм собственности при исполнении мероприятий.

Организационные звенья управления реализацией программы субъекта РФ по комплексной реабилитации инвалидов следующие: 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 и др.; в) информационные (как регионального уровня, так и федерального уровня).

Управление и контроль за ходом реализации региональной программы осуществляет высший ИОГВ субъекта РФ, который является государственным заказчиком – главным распорядителем финансовых средств (рис. 2).

В зависимости от задач управления выделены четыре основные направления контроля: 1) контроль за выполнением содержания программы субъекта РФ (содержательный); 2) контроль использования финансовых средств (финансовый); 3) контроль общественно-политический; 4) контроль результирующий, который реализуется в учреждениях МСЭ при оценке результатов исполнения мероприятий ИПРА по ее аспектам; результаты данной оценки входят в показатели государственной статистической отчетности федерального уровня (форма 7-собес).

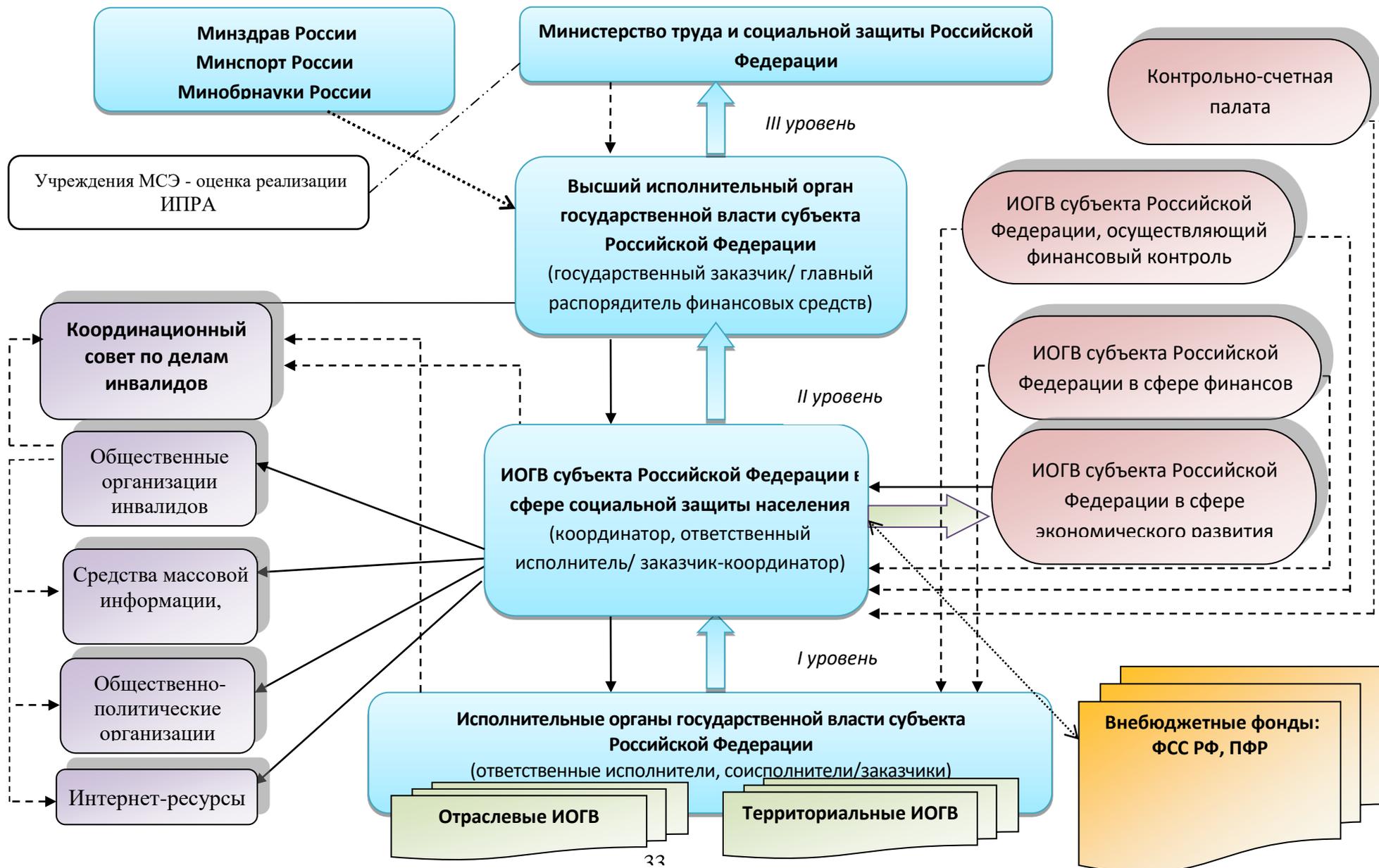


Рисунок 2 – Контроль реализации программы субъекта РФ в сфере комплексной реабилитации инвалидов

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 направлялся 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 данных 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Социальная поддержка инвалидов в Санкт-Петербурге. Безбарьерная среда жизнедеятельности: справочные материалы. / Шеломанова Т.Н., Черюканов А.В., **Владимирова О.Н.**, Малькова С.В., Суханов С.Ф. – СПб. – 2008. – 40 с.

2. Социальная поддержка инвалидов в Санкт-Петербурге (справочник). / Колосова Г.В., Шеломанова Т.Н., **Владимирова О.Н.**, Рошупкина Л.А., Кондратьева О.В., Черюканов А.В. и соавт. – СПб.: Комитет по социальной политике. – 2009. – 40 с.

3. Доступный Санкт-Петербург: город на пути к равным возможностям. Иллюстрированный сборник. / Шеломанова Т.Н., **Владимирова О.Н.**, Яньшина А.Е., Пахомов Р.Д. и др. – Санкт-Петербург: КСП СПб, ГУ «ЦТСПР». – 2010. – 60 с.

4. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Нормативно-правовые акты и инструктивные материалы: учебное пособие в 4-х частях. Часть 3. Реабилитация инвалидов. / Коробов М.В., Деденева Ж.Г., **Владимирова О.Н.**: под ред. Коробова М.В. – СПб: СПБИУВЭК. – 2011. – 116 с.

5. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Нормативно-правовые акты и инструктивные материалы: учебное пособие в 4-х частях. Часть 4. / Коробов М.В., Дубинина И.А., Смирнова Н.С., **Владимирова О.Н.**: под ред. М.В.Коробова. – СПб: СПБИУВЭК. – 2011. – 120 с.

6. Использование технических средств в реабилитации больных и инвалидов с заболеваниями внутренних органов (учебное пособие). /

Владимирова О.Н., Долгодворова К.Ф., Севастьянов М.А., Шварцман З.Д., Ямщикова Т.Ю. – СПб.: СПБИУВЭК, 2009. – 83 с.

7. Социально-трудова́я реабилитация инвалидов с умственной отсталостью в Санкт-Петербурге (методическое пособие для специалистов системы реабилитации инвалидов). / **Владимирова О.Н.**, Корельская Н.Г., Македонова И.Е., Николаева Ю.Б., Старобина Е.М., Шеломанова Т.Н. – СПб. – 2009. – 170 с.

8. Содействие трудоустройству инвалидов на специальные рабочие места. Информационно-методическое пособие. / **Владимирова О.Н.**, Гагонин А.В., Старобина Е.М., Шеломанова Т.Н., Щеникова Е.В. – СПб: КТЗН СПб. – 2010. – 48с.

9. Деденева Ж.Г., **Владимирова О.Н.** Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт в индивидуальной программе реабилитации инвалида (ребенка-инвалида): Учебное пособие для слушателей циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. – СПб.: СПБИУВЭК, 2011. – 95 с.

10. Корюков А.А., **Владимирова О.Н.**, Николаев В.Ф., Андриевская А.О. Опыт применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитации детей с патологией костно-мышечной системы. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2012. – №3. – С.86-93.

11. **Владимирова О.Н.**, Шеломанова Т.Н., Македонова И.Е., Рохманова М.В. Изучение потребностей маломобильных инвалидов в создании доступной среды жизнедеятельности в Санкт-Петербурге. // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2012. – №1-2(47-48). – С. 47-53.

12. **Владимирова О.Н.**, Шеломанова Т.Н., Македонова И.Е., Рохманова М.В., Назаркина О.А. Проблемы инвалидов при передвижении на креслах-

колясках в жилом помещении и объектах социальной инфраструктуры. // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2012. – №1-2(47-48). – С. 54-57.

13. Севастьянов М.А., Коробов М.В., **Владимирова О.Н.**, Балобина Э.Б., Божков И.А. Возможности применения положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при определении показаний к назначению технических средств реабилитации. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2013. – №4. – С.72-76.

14. **Владимирова О.Н.**, Пронина Е.В., Поддубная Т.Б., Горяйнов И.В., Медведева Н.Д., Горяйнова М.В. Проблемы направления детей на медико-социальную экспертизу. // **Российский вестник перинатологии и педиатрии.** – 2013. – Том 58. – №5. – С.97-101.

15. Справочная документация к семинарам для специалистов реабилитационных и лечебно-профилактических учреждений по внедрению кодификатора категорий инвалидности с учётом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ): информационно-методический сборник. / Шеломанова Т.Н., **Владимирова О.Н.**, Севастьянов М.А. 2-е издание. –Москва: Минтруд России. – 2013. – 192 с.

16. Современные подходы к разработке трудовых рекомендаций в индивидуальной программе реабилитации инвалида в системе медико-социальной экспертизы (методическое пособие). / Старобина Е.М., Климон Н.Л., Давыдов А.Т., **Владимирова О.Н.** и др. Методическое пособие. – Москва. – 2014. – 64 с.

17. Коробов М.В., **Владимирова О.Н.**, Гусева Н.К., Герман С.В. Результаты социологического исследования организации направления граждан на медико-социальную экспертизу и оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы (по материалам

общероссийского семинара). // **Социальные аспекты здоровья населения [электронный журнал]**. – 2014. – №3(37)
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/575/30/lang,ru/>

18. Сергеева В.В., **Владимирова О.Н.**, Нургазизова А.К. Практическое применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у больных сердечно-сосудистой патологией. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация**. – 2014. – №3. – С.11-16.

19. **Владимирова О.Н.** Современная модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в свете биопсихосоциальной концепции инвалидности МКФ: состояние и перспективы развития исследований. Актовая речь на расширенном заседании Учёного совета института 26 декабря 2013 г. Под ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. – СПб.: СПБИУВЭК. –2014. – 40 с.

20. Пронина Е.В., **Владимирова О.Н.** Медико-социальная экспертиза детского населения в Российской Федерации: история вопроса, современное состояние, направления реформирования. // **Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского**. – 2015. – №4. – С.193-199.

21. Севастьянов М.А., Коробов М.В., **Владимирова О.Н.**, Вардосанидзе О.В., Максимов А.В., Божков И.А. Административные системы и политика правосудия в сфере предоставления инвалидам ассистивных технологий и изделий (технических средств реабилитации). // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии**. – 2015. – №3. – С.10-16.

22. **Владимирова О.Н.** Дифференцированный подход к решению вопросов доступности с учетом проблем здоровья инвалидов. // Материалы научно-практической конференции «Доступная среда. Аспекты второго плана». Новокузнецк, 3-4 сентября 2015 г. – Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф), 2015. – С.8-9.

23. Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей. Под ред. Помникова В.Г., Пениной Г.О., **Владимировой О.Н.** / Методические указания Минтруда России от 10 апреля 2015 г. –СПб: СПБИУВЭК Минтруда России, 2015. – 176 с.

24. 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. / Жаворонков Р.Н, Путило Н.В., **Владимирова О.Н.** и др.; Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации. – В 2-х ч. – М., 2015. – 555 с. [Электронное издание] – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/108> .

25. ВИЧ-инфекция-СПИД. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: учебно-методическое пособие. / Шварцман З.Д., Макарова О.В., Ямщикова Т.В., **Владимирова О.Н.**. Под ред. проф. В.Г. Помникова, З.Д. Шварцмана – Изд-е 2-е. – 2015. – 63 с.

26. Обеспечение доступности объектов социальной инфраструктуры: сборник нормативно-правовых, организационно-распорядительных и методических документов. Учебно-методическое пособие. / Колосова Г.В., **Владимирова О.Н.** – СПб.: Комитет по социальной политике СПб, ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России, ПРЦ. – 2016. – 196 с.

27. Висцеральные ортезы: конструкции, показания. Особенности медико-социальной экспертизы при грыжах: учебное пособие. / Андриевская А.О, **Владимирова О.Н.** – СПб. – 2016. – 139 с.

28. **Владимирова О.Н.** Оснащение медицинских организаций техническими средствами обеспечения доступности для маломобильных групп населения. / Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы: сборник научных работ Первой научно-практической конференции 18 марта

2016. Под редакцией А.С. Башкиревой. – СПб.: изд-во «Альта-Астра».— 2016. – С.16–19.

29. Севастьянов М.А., Коробов М.В., **Владимирова О.Н.**, Сарана А.М. Методы управления процессом реабилитации пострадавших на производстве. // **Вестник восстановительной медицины.** – 2016. – №3. – С.2-7.

30. **Владимирова О.Н.**, Корюков А.А., Орешков А.Б., Андриевская А.О., Николаев В.Ф. Организация реабилитации и абилитации инвалидов с последствиями болезней опорно-двигательной системы в Российской Федерации. // **Гений ортопедии.** – 2016. – №4. – С.62-66.

31. **Владимирова О.Н.** Реформирование системы менеджмента в Российской Федерации: поиск рациональных решений. // Актуальные вопросы профессиональной ориентации, общего и профессионального обучения и занятости инвалидов: материалы международной научно-практической конференции. – СПб: СПбГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», 2016. – С.21- 24.

32. **Владимирова О.Н.**, Развитие региональной системы реабилитации инвалидов в свете реформ российского законодательства. / **О.Н. Владимирова** // Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях учреждений социального обслуживания. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции. – Ставрополь: Бюро новостей, 2016. – С.40-43.

33. **Владимирова О.Н.**, Адрианов А.В., Карасаева Л.А. Доступность жилых помещений для инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: нормативно-правовые и методические вопросы. // **Врач-аспирант.** – 2017. – №2.1(81). – С.176-183.

34. **Владимирова О.Н.**, Башкирёва А.С., Коробов М.В., Хорькова О.В., Ломоносова О.В. Инвалидность как медико-социальный индикатор состояния здоровья и старения населения в Российской Федерации. // **Успехи геронтологии.** – 2017. – Т.30. – №3. – С.398-402.

35. **Владими́рова О.Н.**, Башкирёва А.С., Коробов М.В., Ломоносова О.В., Хорькова О.В. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Российской Федерации. // **Успехи геронтологии.** –2017. – Т.30. –№4. – С.498-504.

36. **Владими́рова О.Н.**, Башкирева А.С., Коробов М.В., Ломоносова О.В., Хорькова О.В. Современные тенденции общей инвалидности на фоне постарения населения в РФ. // **Клиническая геронтология.** – 2017. –Т.23. – №5-6. –С.44-50.

37. **Владими́рова О.Н.**, Башкирева А.С., Коробов М.В., Ломоносова О.В., Хорькова О.В. Первичная инвалидность лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста как медико-социальный индикатор состояния здоровья и постарения населения в Российской Федерации. // **Клиническая геронтология.** – 2017. – Т.23. – №7-8. – С.28-36.

38. Старобина Е.М., **Владими́рова О.Н.**, Давыдов А.Т., Разумовский М.И., Кожушко Л.А. Факторы, определяющие трудовую деятельность инвалидов со значительными нарушениями здоровья. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2017. – Т.20. – №1. – С.19-24.

39. Карасаева Л.А., Лучкевич В.С., Каличава А.Ш., **Владими́рова О.Н.** Инновационные подходы к трудоустройству инвалидов с выраженными ограничениями жизнедеятельности в самостоятельном передвижении. // **Медико-социальная экспертиза и реабилитация.** – 2017. –Т.20. – №2. – С.75-79.

40. Стойкие нарушения слуха у взрослых и детей: вопросы диагностики, медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации. / **Владими́рова О.Н.**, Голованова Л.Е., Бобошко М.Ю., Артюшкин С.А., Горяйнов И.В. Под ред. проф. В.Г. Помникова – СПб.: Издательство СПбИУВЭК Минтруда России, 2017. – 72 с.

41. Современные приоритеты национальной политики Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов. / Коробов М.В., **Владими́рова О.Н.**, Помников В.Г. В книге: Справочник по медико-

социальной экспертизе и реабилитации. – Санкт-Петербург. – 2017. – С.23-30.

42. Правовые основы медико-социальной экспертизы, формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. / Дымочка М.А., Коробов М.В., **Владимирова О.Н.**, Афонина К.П. В книге Реабилитация инвалидов: национальное руководство. Под. ред. Г.Н. Пономаренко. – М.ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – С.73-83.

43. Адаптивная физическая культура и спорт в реабилитации и абилитации / Евсеев. С.П., Пономаренко Г.Н., **Владимирова О.Н.**, Дидур М.Д. – СПб: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ». – 2018. –184 с.

44. **Владимирова О.Н.**, Афонина К.П., Пономаренко Г.Н., Шошмин А.В. Организация системы комплексной реабилитации в Российской Федерации на основе изучения потребностей инвалидов. // Медицина в Кузбассе. –2018. – №4. – С.20-27.

45. Пономаренко Г.Н., **Владимирова О.Н.** Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов в РФ. // Научно-практический журнал «Физическая и реабилитационная медицина». Том I. № 1. – 2019. – С. 9-15.

46. Ломоносова О.В., **Владимирова О.Н.**, Помников В.Г., Кароль Е.В. Современные тенденции первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в мегаполисе. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.** – 2019.– №119(6). – С.91-95.

47. **Владимирова О.Н.**, Пузин С.Н., Кожушко Л.А., Ишутина И.С., Корнеева Н.Б. Приспособление жилья для инвалидов: организационные, нормативные и методические вопросы. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.** – 2019. – №2. – С.25-34.

48. **Владимирова О.Н.**, Пузин С.Н., Кожушко Л.А., Ломоносова О.В. Методические основы экспертной оценки потребности инвалидов в приспособлении (адаптации) жилья. // **Вестник Всероссийского общества**

специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №2. – С.58-75.

49. **Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Малькова С.В., Галаудина В.В., Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е.** Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С.18-29**

50. **Владимирова О.Н., Шошмин А.В., Лорер В.В., Малькова С.В., Ачкасов Е.Е., Пузин С.Н.** Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом. // **Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С.30-42.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
- ВПИ – впервые признанные инвалидами
- ГБУ – государственное бюджетное учреждение
- ГП – государственная программа
- ЕАВИИАС – Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы
- ИОГВ – исполнительные органы государственной власти
- ИПР – индивидуальная программа реабилитации
- ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации
- ЛТВ – лица трудоспособного возраста
- ЛСТВ – лица старше трудоспособного возраста
- МГН – маломобильные группы населения
- МВД – Министерство внутренних дел
- МСЭ – медико-социальная экспертиза
- МКБ – Международная классификация болезней, 10 пересмотр
- МКН – Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности
- МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
- ООН – Организация Объединенных Наций
- ОСИ – объект социальной инфраструктуры
- ОСТД – ограничение способности к трудовой деятельности
- РЭД – реабилитационно-экспертная диагностика
- СПБИУВЭК – Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов
- ТСР – технические средства реабилитации
- ФНЦРИ – Федеральный научный центр реабилитации инвалидов
- ФСС – Фонд социального страхования РФ
- ФСИН – федеральная служба исполнения наказаний