**библиотека отраслевого отделения «реабилитационная индустрия»**

1. ***Полезные интернет ресурсы***
   1. Реабилиология <http://www.rehabin.ru/lib/?IBLOCK_ID=33>
   2. Доступная среда

**AAoutils – Design for All (Europe)**

[http://anlh.be/aaoutils/en/index.html](http://anlh.be/aaoutils/en/index.html" \t "_blank)

**AARP (US)**

[http://www.aarp.org/universalhome/](http://www.aarp.org/universalhome/" \t "_blank)

**Academy of Neuroscience for Architecture**

[www.anfarch.org](http://www.anfarch.org)

**AccessIT (US)**

[http://www.washington.edu/accessit/index.php](http://www.washington.edu/accessit/index.php" \t "_blank)

**Adaptive Environments Center (US)**

[http://www.adaptenv.org](http://www.adaptenv.org" \t "_blank)

**Age Concern**

[www.ace.org.uk](http://www.ace.org.uk)

### Age Lab

<http://web.mit.edu/agelab>

**Aging Workforce and Accessible Technology (Microsoft) (US)**

[http://www.microsoft.com/enable/aging/workforce.aspx](http://www.microsoft.com/enable/aging/workforce.aspx" \t "_blank)

**AIA – Design for Aging Knowledge Community**

[http://www.aia.org/dac/](http://www.aia.org/dac/" \t "_blank)

**American Association of Retired Persons (AARP)**

[www.aarp.org](http://www.aarp.org)

**Asociación Pro Desarrollo de la Persona con Discapacidad (APRODDIS**)

[www.aproddis.org](http://www.aproddis.org)

**Berkeley Prize Competition (US)**

[http://www.berkeleyprizecompetition.org/](http://www.berkeleyprizecompetition.org/" \t "_blank)

**Bobby**

[www.bobby.watchfire.com](http://bobby.watchfire.com)

**Center for Applied Special Technology (CAST) (US)**

[http://www.cast.org/](http://www.cast.org/" \t "_blank)

**Center for Accessible Environments (CAE)**

[www.cae.org.uk](http://www.cae.org.uk)

**Center for Universal Design (US)**

[http://www.design.ncsu.edu/cud](http://www.design.ncsu.edu/cud" \t "_blank)

**Centre for Education in the Built Environment (CEBE)(UK)**

[http://ctiweb.cf.ac.uk/](http://ctiweb.cf.ac.uk/" \t "_blank)

**Center for Applied Special Technology (CAST)**   
[www.cast.org](http://www.cast.org)

**Center for Inclusive Design and Environmental Access (IDEA)**

[www.ap.buffalo.edu/~idea/](http://www.ap.buffalo.edu/~idea/)

**CAST: Universal Design for LCenter for Universal Design**  
[www.design.ncsu.edu/cud](http://www.design.ncsu.edu/cud)

**Children, Youth and Environments (CYE)**

[http://cye.colorado.edu/](http://cye.colorado.edu/" \t "_blank)

**Code of Practice: Removing Communication Barriers for Travellers with Disabilities (CANADA)**

[http://www.cta-otc.gc.ca/access/codes/communication/index\_e.html](http://www.cta-otc.gc.ca/access/codes/communication/index_e.html" \t "_blank)

**Concrete Change (US)**

[http://concretechange.home.mindspring.com/](http://concretechange.home.mindspring.com/" \t "_blank)

**CPB/WGBH National Center for Accessible Media (US)**

[http://ncam.wgbh.org/](http://ncam.wgbh.org/" \t "_blank)

### Cornell University –College of Human Ecology

[www.humec.cornell.edu/units/dea](http://www.humec.cornell.edu/units/dea)

**Danish Center for Accessibility**

<http://www.dcft.dk>

#### Design Center for Global Needs

[www.sfsu.edu](http://www.sfsu.edu)

**Design Corps (US)**

[http://www.designcorps.org/](http://www.designcorps.org/" \t "_blank)

**Design Council – About Inclusive Design (UK)**

[http://www.designcouncil.org.uk/](http://www.designcouncil.org.uk/" \t "_blank)

**Design for Future Needs (Europe)**

[http://www.dffn.org/index.html](http://www.dffn.org/index.html" \t "_blank)

**Design for All Foundation**

[www.designforall.org](http://www.designforall.org)

**Design for Our Future Selves - Helen Hamlyn Research Center (UK)**

[http://www.hhrc.rca.ac.uk/](http://www.hhrc.rca.ac.uk/" \t "_blank)

**Disability World (US)**

[http://www.disabilityworld.org](http://www.disabilityworld.org" \t "_blank)

**Draware (Ireland)**

[http://avc.ucd.ie/DraWare](http://avc.ucd.ie/DraWare" \t "_blank)

**Enable Age Project (SWEDEN)**

[http://www.enableage.arb.lu.se/](http://www.enableage.arb.lu.se/" \t "_blank)

**EQUAL Ageing and Disability Network (UK)**

[http://www.fp.rdg.ac.uk/equal/](http://www.fp.rdg.ac.uk/equal/" \t "_blank)

**European Concept for Accessibility (Luxembourg)**

[http://www.eca.lu/](http://www.eca.lu/" \t "_blank)

**European Congress on Media and Disability (EUROPE)**

[http://www.media-disability.org/](http://www.media-disability.org/" \t "_blank)

**European Design for All e-Accessibility Network (EDeAN)**

[http://www.e-accessibility.org/](http://www.e-accessibility.org/" \t "_blank)

**European Institute for Design and Disability (Europe)**

[http://www.design-for-all.org/](http://www.design-for-all.org/" \t "_blank)

**Exploring Disability Through Moving Image Media (UK)**

[http://www.bfi.org.uk/education/resources/teaching/disability/](http://www.bfi.org.uk/education/resources/teaching/disability/" \t "_blank)

**The EQUAL Research Network**

[www.fp.rdg.ac.uk/equal/](http://www.fp.rdg.ac.uk/equal/)

**The Helen Hamlyn Research Centre**

[www.hhrc.rca.ac.uk](http://www.hhrc.rca.ac.uk)

**Humanu**

[www.humanu.com](http://www.humanu.com/)

**Georgia Tech Research on Accessible Distance Education (GRADE) (US)**

[http://www.catea.org/grade/](http://www.catea.org/grade/" \t "_blank)

**House of the Future at University of Aveiro (Portugal)**

[http://www.egi.ua.pt/casadofuturo/En/inicial.htm](http://www.egi.ua.pt/casadofuturo/En/inicial.htm" \t "_blank)

**IDEA Center (US)**

[http://www.ap.buffalo.edu/~idea/](http://www.ap.buffalo.edu/~idea/" \t "_blank)

**Inclusive Design Curriculum Network (IDCnet)**

[http://www.idcnet.info/idcnet/home.xhtml](http://www.idcnet.info/idcnet/home.xhtml" \t "_blank)

**Inclusive Design Discussion List (UK)**

[http://www.jiscmail.ac.uk/lists/INCLUSIVE-DESIGN.html](http://www.jiscmail.ac.uk/lists/INCLUSIVE-DESIGN.html" \t "_blank)

**Inclusive design education resource (UK)**

[http://www.designcouncil.info/inclusivedesign/](http://www.designcouncil.info/inclusivedesign/" \t "_blank)

**Inclusive Design Toolkit**

[**www.inclusivedesigntoolkit.com**](http://www.inclusivedesigntoolkit.com)

**Information Technology Technical Assistance and Training Center (US)**

[http://www.ittatc.org/](http://www.ittatc.org/" \t "_blank)

**International Association of Universal Design ( IAUD)**

[www.aiud.net](http://www.aiud.net)

**Institute for Human Centered Design (US)**

<http://www.HumanCenteredDesigh.org>

**Institute on Independent Living (Sweden)**

[http://www.independentliving.org](http://www.independentliving.org" \t "_blank)

**Kyoyo-hin (Japan)**

[http://kyoyohin.org/eng/](http://kyoyohin.org/eng/" \t "_blank)

**Lifetime Homes/ Habinteg Housing Association (UK)**

[http://www.lifetimehomes.org.uk](http://www.lifetimehomes.org.uk" \t "_blank)

**Lighthouse International**  
[www.lighthouse.org](http://www.lighthouse.org)

**National Center for Accessibility (US)**

[http://www.ncaonline.org/](http://www.ncaonline.org/" \t "_blank)

**National Center for Accessible Media [NCAM]**  
[www.wgbh.org/wgbh/index.html](http://www.wgbh.org/wgbh/index.html)

**National Center for Accessible Transportation (US)**

[http://ncat.oregonstate.edu/](http://ncat.oregonstate.edu/" \t "_blank)

**National Center for Seniors' Housing Research (US)**

[http://www.nahbrc.org/seniors1.asp?TrackID=&CategoryID=1798&Type=](http://www.nahbrc.org/seniors1.asp?TrackID=&CategoryID=1798&Type=" \t "_blank)

**National Center on Educational Outcomes, Universally Designed Assessments (US)**

[http://www.education.umn.edu/nceo/TopicAreas/UnivDesign/UnivDesign\_topic.htm](http://www.education.umn.edu/nceo/TopicAreas/UnivDesign/UnivDesign_topic.htm" \t "_blank)

**National Endowment for the Arts (US)**

[http://www.arts.endow.gov/resources/Accessibility/DesignResources.htmlArt](http://www.arts.endow.gov/resources/Accessibility/DesignResources.htmlArt" \t "_blank)

**National Resource Center on Supportive Housing and Home Modifications (US)**

[http://www.homemods.org](http://www.homemods.org" \t "_blank)

**National Service Inclusion Project (US)**

[http://www.serviceandinclusion.org/web.php?page=activities](http://www.serviceandinclusion.org/web.php?page=activities" \t "_blank)

**Natural Learning Initiative (US)**

[http://www.naturalearning.org/](http://www.naturalearning.org/" \t "_blank)

**PVA Architecture**

[http://www.pva.org/livingsci/architecture/archindex.htm](http://www.pva.org/livingsci/architecture/archindex.htm" \t "_blank)

### Royal National Institute for the Blind

[www.rnib.org.uk](http://www.rnib.org.uk)

**Smart Thinking (UK)**

[http://www.smartthinking.ukideas.com/index.html](http://www.smartthinking.ukideas.com/index.html" \t "_blank)

**The Disability Rights and Independent Living Movement (US)**

[http://bancroft.berkeley.edu/collections/drilm/](http://bancroft.berkeley.edu/collections/drilm/" \t "_blank)

**Tourism for All (UK)**

[http://www.tourismforall.org.uk/index.htm](http://www.tourismforall.org.uk/index.htm" \t "_blank)

**Trace R&D Center (US)**

[http://www.trace.wisc.edu/](http://www.trace.wisc.edu/" \t "_blank)

**Transgenerational Design Matters (US)**

[http://www.transgenerational.org/](http://www.transgenerational.org/" \t "_blank)

**Travel guides for Tourists with Disabilities**

<http://europa.eu.int/>

**Universal Design Special Interest Section, IDSA (US)**

[http://www.idsa.org/whatsnew/sections/udidsa/index.html](http://www.idsa.org/whatsnew/sections/udidsa/index.html" \t "_blank)

**Universal Designers and Consultants (US)**

[http://www.UniversalDesign.com](http://www.UniversalDesign.com" \t "_blank)

**Universal Design Magazine** **(Japan)**[www.universal-design.co.jp](http://www.universal-design.co.jp/)

**Universally Designed Assessments (US)**

[http://education.umn.edu/nceo/TopicAreas/UnivDesign/UnivDesign\_topic.htm](http://education.umn.edu/nceo/TopicAreas/UnivDesign/UnivDesign_topic.htm" \t "_blank)

**US Access Board (US)**

[http://www.access-board.gov/](http://www.access-board.gov/" \t "_blank)

1. ***Новости***

**Американцы создали новый экзоскелет для инвалидов**

******

**Команда ученых Центра нейропротезирования при Федеральной политехнической школе Лозанны (EPFL) совершила нечто почти невозможное; она построила инвалидную коляску, которая управляется силой мысли. Для этого инженерам потребовалось объединить ресурсы нейроинтерфейса и искусственного интеллекта. Рассмотрим, как это выглядит на практике.**

Первым испытуемым стал Мишель Тавелла (Michele Tavella), один из сотрудников швейцарской лаборатории; он сел в инвалидное кресло и наглядно продемонстрировал мысленное управление машиной. Коляска неспешно перемещается по комнате, огибая препятствия, а Мишель спокойно сидит, сконцентрированный на своей работе. Для считывания сигналов его мозга используется электроэнцефалография — шапочка с закрепленными на ней электродами. Считываемые данные интерпретируются компьютером и передаются на электропривод кресла уже как электронные команды. «Когда хочу повернуть налево, я просто представляю, как двигаю левой рукой, — так описывает это Мишель. — Это естественно и довольно быстро; передача команды занимает примерно секунду». Хотя и ему, и системе потребовалось около двух часов, чтобы привыкнуть друг к другу.

Но следует учесть тот факт, что возможности сегодняшних мозго-машинных интерфейсов пока еще очень ограничены, и во избежание возможных коллизий разработчики прибегли к помощи искусственного интеллекта. Нейроконтроллер задает направление движения, а искусственный интеллект не дает коляске ни во что врезаться. Для этого компьютер анализирует изображение, которое поступает с двух установленных по бокам коляски камер.

Впрочем, и компьютерный разум пока еще далеко не безупречен; его совершенствованием занялся Том Карлсон (Tom Carlson) из Имперского колледжа Лондона. Все дело в том, что препятствие препятствию рознь. Если на пути коляски возникает шкаф, то машина должна его просто объехать; но если это стол, то креслу следует двигаться непосредственно к нему, ведь стол — это рабочее место, точка назначения, а не препятствие. Поэтому системе еще предстоит научиться различать возникающие на ее пути объекты. В перспективе разработчики планируют подключить к искусственному интеллектуальному анализу еще и нейроинтерфейс, дабы система не путала команды пользователя и другие его мысли. Среди других проектов Центра числятся также управляемый мыслью робот и программная платформа, позволяющая аналогичным образом путешествовать по Интернету и даже писать электронные письма.



Павел Котов <http://invak.info/content/view/12972/1/>

Самые элементарные вещи становятся невозможными для людей с ограниченными возможностями; трудно вообразить нечто более важное для человека, чем возможность общаться с окружающими, но и она порою становится недоступной. Для того чтобы вернуть голос онемевшему человеку, ученые прибегают к самым хитроумным трюкам, подробности которых могут шокировать простых смертных. Команда инженеров из Великобритании пошла по иному пути, они разработали систему, которая воспроизводит слова, основываясь на артикуляции пользователя.

Принцип работы системы таков: во рту человека размещается массив магнитов, которые при движении изменяют конфигурацию поля, а специальные сенсоры считывают отдаваемые таким образом команды и интерпретируют их как человеческую речь, ее впоследствии воспроизводит голосовой синтезатор. На текущий момент система распознает всего около 50 слов.

В перспективе разработчики планируют не закреплять магниты в полости рта при помощи медицинского клея, а аккуратно имплантировать их в язык. Кроме того, они собираются снизить габариты конструкции, которая содержит магнитные сенсоры, на сегодняшний день система слишком громоздка. В идеале она сократится до размеров средней Bluetooth-гарнитуры. Самым сложным моментом в этом деле станет такая конфигурация магнитов и сенсоров, которая при минимальных размерах обеспечивает достаточно входящей информации для выполнения задачи. Система создана совместными усилиями Государственной службы здравоохранения Великобритании, разработчиком коммуникационных устройств для людей с ограниченными возможности Тоби Черчиллем (Toby Churchill), а также компанией El Pedium Technologies, которая специализируется на распознавании речи. Первые испытания системы начнутся в течение года.



Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации

*Александр Лысенко (Россия)*

*Арундати Саньял (Великобритания)*

**Развитие системы реабилитации инвалидов в условиях рыночных отношений**

Научно-методическое пособие

**Москва, 2009**

Александр ЛЫСЕНКО, Арундати САНЬЯЛ.Развитие системы реабилитации инвалидов в условиях рыночных отношений: научно-методическое пособие/ М., 2009. 87 с.

Научно-методическое пособие подготовлено на основе изучения, анализа и обобщения проблем развития системы реабилитации инвалидов в условиях рыночных отношений. В пособии рассматриваются научная идеология и государственная политика в области реабилитации инвалидов, вопросы развития системы комплексной реабилитации инвалидов в условиях рыночных отношений, развитие конкуренции и социального партнёрства в этой сфере. Авторы широко используют опыт стран Европейского Союза по применению рыночных механизмов в национальных системах реабилитации инвалидов.

Настоящая работа является первым масштабным исследованием, посвящённой проблемам формирования и развития рынка реабилитационных услуг в Российской Федерации. В пособии впервые в мировой практике вводятся такие понятия, как интеграционно-популяционный подход к преодолению инвалидности, интеграционные технологии реабилитации инвалидов, комплексная реабилитация инвалидов на основе принципов синергетики.

Работа адресована всем участникам рынка реабилитационных услуг и специалистам в области реабилитации инвалидов. Пособие может быть использовано преподавателями и студентами в процессе изучения реабилитологии и смежных с ней дисциплин.

© Александр Лысенко, Арундати Саньял, 2009

Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» реализуется в рамках Программы сотрудничества Европейского Союза и России с 2007 по 2009 год. Российским партнёром проекта выступает Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. С европейской стороны проект реализуется международным консорциумом, возглавляемым компанией BMB Mott MacDonald (Нидерланды) и включающим компании Care (Австрия), AStri (Нидерланды). Основной целью проекта является содействие в формировании системы комплексной реабилитации как основного средства интеграции людей с ограниченными возможностями в активную социальную жизнь.

Проект реализуется на федеральном уровне и в четырёх пилотных регионах: Костромской, Московской и Саратовской областях и в городе Санкт-Петербурге. Работа ведётся по следующим трём компонентам:

Компонент I. Совершенствование федерального и регионального законодательства в области социальной защиты и реабилитации инвалидов.

Компонент II. Содействие в создании государственной системы профессиональной подготовки специалистов в области реабилитации инвалидов.

Компонент III. Формирование в пилотных регионах системы реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями с учётом развития рыночных форм предоставления услуг.

Данное издание опубликовано при поддержке Европейского Союза. Содержание издания является предметом ответственности консорциума «BMB Mott MacDonald / Care / AStri» и может не совпадать с точкой зрения Европейского Союза.

Мнения, выраженные авторами, представляют собой их личную точку зрения и не обязательно совпадают с мнениями остальных участников проекта.

Материалы издания не могут быть воспроизведены полностью или частично в печатном, электронном или ином виде иначе как с письменного разрешения руководителей проекта.

**Офис проекта:**

127051, Москва, ул. Садовая-Самотечная, д. 12, корп. 1, офис 72 [www.rehabsys.ru](http://www.rehabsys.ru) e-mail: [rehabsys@mottmac.ru](mailto:rehabsys@mottmac.ru)

 Проект финансируется Европейским Союзом

*Авторы искренне благодарят руководителя проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Питера КОРСБИ (Дания), заместителя руководителя проекта Александра УСЕНКОВА (Россия), всех коллег-экспертов и региональных координаторов проекта за большую организационную поддержку, создание дружеской и творческой атмосферы, которые способствовали нашей работе.*

*Александр Лысенко*

*Арундати Саньял*

*Москва, Лондон, ноябрь 2009 г.*

**СОДЕРЖАНИЕ**

**Вступительное слово…………………………………………………………… 5**

**Список принятых сокращений……………………………………………….. 6**

**Введение………………………………………………………………………….. 7**

**Раздел 1. Научная идеология и государственная политика в сфере реабилитации инвалидов………………………………………………………. 11**

* 1. Идеология социальной модели и интеграционно-популяционный подход к преодолению инвалидности………………………………….12
  2. Недискриминация и приоритет удовлетворения потребностей инвалидов………………………………………………………………...18

**Раздел 2. Реабилитация инвалидов в условиях рыночных отношений….. 22**

2.1. Государственные закупки реабилитационных услуг………………… 22

2.2. Реформирование государственных реабилитационных учреждений……………………………………………………………….35

2.3. Социальный аутсорсинг…………………………………………………37

2.4. Социальный маркетинг и комишиннинг………………………………. 38

**Раздел 3. Развитие конкуренции и социального партнёрства………………41**

3.1. Реабилитационная диагностика на основе МКФ………………………41

3.2. Интеграционные технологии реабилитации инвалидов………………44

3.3. Комплексная реабилитация инвалидов на основе принципов синергетики……………………………………………………………….56

3.4. Социальное партнёрство в сфере реабилитации инвалидов…………..58

**Раздел 4. Контроль качества в системе реабилитации инвалидов………….61**

4.1. Управление качеством реабилитации и деятельности реабилитационных учреждений………………………………………….61

4.2. Опыт стандартизации услуг социальной реабилитации в Великобритании…………………………………………………………65

**Заключение………………………………………………………………………….75**

**Приложение…………………………………………………………………………78**

**Рекомендуемая литература……………………………………………………….**

**ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО**

***Питер КОРСБИ,***

*руководитель проекта «Система реабилитационных услуг*

*для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации»*

Опыт ведущих европейских стран свидетельствует о положительном влиянии рыночных механизмов на развитие национальных систем реабилитации людей, испытывающих ограничения жизнедеятельности. Между тем, следует учесть, что рыночные отношения в сфере реабилитации инвалидов могут иметь, как позитивные, так и негативные последствия для её развития.

Абсолютно очевидно, что рыночные отношения стимулируют развитие конкуренции между поставщиками реабилитационных услуг и саморегулирование, способствуют предотвращению избыточного вмешательства государства, обеспечивают условия равного доступа всех поставщиков реабилитационных услуг независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности к финансовым ресурсам рынка, а инвалидов - к качественным реабилитационным услугам.

С другой стороны, чрезмерная коммерциализация социальной сферы может приводить к ситуациям, когда стремление к получению прибыли побеждает здравый смысл. В этом случае система реабилитации инвалидов может стать заложником частных интересов.

Как найти золотую середину? Здесь в действие вступают инструменты государственного регулирования. Государство устанавливает «правила игры», которым следуют все участники рынка: получатели и поставщики реабилитационных услуг, распорядители финансовых ресурсов. В любой прогрессивной системе реабилитации приоритетными являются потребности инвалидов, которые государство гарантирует удовлетворить. Все остальные участники рынка работают, прежде всего, для достижения этой цели. Иными словами, не инвалиды существуют для удовлетворения потребностей рынка и поставщиков реабилитационных услуг, а рынок и его участники созданы для того, чтобы максимально удовлетворять потребности инвалидов.

Изучение и оценка развития системы реабилитации инвалидов в условиях рыночных отношений, проведённые в рамках нашего проекта, имеют важное научное и практическое значение. Выводы и рекомендации, представленные в данном научно-методическом пособии, дают новый импульс развитию системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации. Нет сомнений, что специалисты в области реабилитации инвалидов найдут в этом пособии много интересного и нового. Возможно, что некоторые его положения заставят задуматься и, даже, вызовут дискуссию, а часть из них послужит основой для дальнейших исследований.

**СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

НГО – негосударственные организации.

НПО – неправительственные организации.

ООН – Организация Объединённых Наций.

ФЗ – федеральный закон.

ФАС – Федеральная антимонопольная служба Российской Федерации.

АФК – адаптивная физическая культура

**ВВЕДЕНИЕ**

Настоящее пособие подготовлено в рамках проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации», осуществляемого в соответствии с Программой сотрудничества России и Евросоюза.

Развитие системы реабилитационных услуг для инвалидов в условиях рыночных отношений предусматривает формирование разумного баланса между интересами клиентов – потребителей услуг, с одной стороны, и поставщиков услуг, с другой стороны. Учитывая, что поставщики реабилитационных услуг представляют как государственный, так и негосударственный сектора (коммерческий и некоммерческий), эффективное взаимодействие между ними, а также между органами государственной власти, местного самоуправления и поставщиками услуг, имеет большое значение для достижения основной цели проекта: формирования системы комплексной многопрофильной реабилитации, как основного средства интеграции инвалидов.

*Создание равных условий для поставщиков реабилитационных услуг предполагает:*

* предоставление равных прав и свободного доступа для всех участников рынка реабилитационных услуг к инфраструктуре их поставок;
* обеспечение состязательности участников рынка на основе добросовестной конкуренции;
* обеспечение при прочих равных условиях равного доступа инвалидов к реабилитационным услугам, предоставляемым различными поставщиками.

*В настоящее время основными причинами, препятствующими формированию равных условий для поставщиков реабилитационных услуг, являются:*

* поставки реабилитационных услуг осуществляются как на конкурсной (на федеральном уровне и региональном уровнях), так и на внеконкурсной основе (на региональном и местном уровнях). Предоставляемые реабилитационные услуги недостаточно и по-разному структурированы (даже в однотипных учреждениях единой ведомственной принадлежности). Используемая терминология, количественные и качественные показатели услуг различаются. Условия, порядок и сроки оказания услуг, как правило, не описаны. Предварительная информация об этих показателях услуги клиенту, как правило, не предоставляется. Оценка эффективности оказанных услуг оценивается чаще эмпирически, без использования объективных критериев. Единые подходы к оценке эффективности реабилитационных услуг в практику деятельности реабилитационных учреждений внедряются слабо. Экономическая оценка стоимости услуг носит эпизодический характер и основана, как правило, на собственных разработках отдельных учреждений;
* неразвитая инфраструктура рынка; недостаточное количество учреждений, предоставляющих реабилитационные услуги; отсутствие единой системы предоставления реабилитационных услуг; недостаточная координация деятельности поставщиков реабилитационных услуг различной ведомственной принадлежности и форм собственности;
* недостаточное функциональное развитие рынка реабилитационных услуг: медленное расширение объёмов и номенклатуры услуг; недостаточная приспособленность сектора реабилитационных услуг к потребностям инвалидов; слабые прямые и обратные связи между поставщиками и потребителями реабилитационных услуг; отсутствие полноценной информации о спросе на реабилитационные услуги и соответствии спроса и предложений; неразвитость стимулирующих механизмов, как инструментов снижения издержек, повышения производительности труда и качества предоставляемых реабилитационных услуг; ограниченность применения инструментов, санирующих рынок от неэффективных поставщиков реабилитационных услуг и создающих дополнительные возможности для более продуктивных и перспективных организаций-поставщиков реабилитационных услуг;
* крайне слабое развитие конкуренции: рынки реабилитационных услуг являются локально монополистическими или олигополистическими – количество поставщиков услуг (агентов рынка) ограничено; недостаточный набор реабилитационных услуг в государственных учреждениях и, особенно, в негосударственных учреждениях; ограниченный доступ НГО к бюджетным ресурсам; слабо развитые материально-техническая, технологическая и кадровая базы НГО;
* отсутствие достоверной информации о финансовых ресурсах рынка реабилитационных услуг. Они формируются за счёт средств федерального бюджета (расходы на обеспечение техническими средствами реабилитации, протезно-ортопедическую помощь, санаторно-курортное лечение, дополнительное лекарственное обеспечение и т.д.), бюджетов пилотных регионов (на содержание реабилитационных учреждений, региональные целевые программы), а также за счёт внутренних и, меньше, международных грантов. Крайне незначительную (и чаще неучтённую долю) составляют средства самих граждан и иные средства (благотворительная деятельность и пр.). В результате реформы бюджетных полномочий финансирование расходов на предоставление реабилитационных услуг носит многоканальный многоуровневый характер. Их учёт в форме консолидированного баланса расходов не ведётся в связи с отсутствием координации статистических показателей и недостаточным обменом информации между органами исполнительной власти различных уровней;
* неразвитость системы продаж реабилитационных услуг: они осуществляются на конкурсной и внеконкурсной основе. Доля последних остаётся высокой, что связано с прямым финансированием расходов на содержание государственных и муниципальных реабилитационных учреждений. Фактически, оплачивается деятельность организации вне зависимости от качества и объёма предоставляемых реабилитационных услуг. Продажи реабилитационных услуг на конкурсной основе, нередко, сопровождаются нарушениями действующего законодательства и вмешательством территориальных органов Федеральной антимонопольной службы и арбитражных судов;
* уровень насыщения продукцией и степень удовлетворения спроса инвалидов являются недостаточными: об этом свидетельствует наличие очередей в организации, предоставляющие реабилитационные услуги. Рынок реабилитационных услуг остаётся дефицитным, как по объёму, так и по содержанию услуг. Причины наличия дефицита связаны с недостатком финансовых ресурсов, обеспечивающих платёжеспособный спрос, а также с недостаточным ассортиментом предоставляемых на локальных рынках реабилитационных услуг;
* географически рынок реабилитационных услуг имеет значительные различия. Территориальная доступность услуг обеспечена не во всех регионах в полной мере. Из-за значительной дифференциации реабилитационных учреждений по видам и типам предоставляемых услуг их получение, особенно жителями сельской местности, затруднено. При отсутствии необходимой услуги в каком-либо регионе её получение в другом регионе страны, даже в соседней области, затруднено в связи с наличием межрегиональных барьеров. Значительны различия в объёме и качестве предоставляемых услуг в различных регионах страны.
* государственное регулирование и саморегулирование рынка осуществляется на федеральном законодательном уровне. Региональное законодательство по вопросам государственного социального заказа в пилотных регионах отсутствует. Национальные стандарты социального обслуживания населения затрагивают вопросы предоставления реабилитационных услуг инвалидам частично и, пока, в рамочной форме. Региональные стандарты и стандарты деятельности реабилитационных учреждений находятся в стадии замысла или разработки. Лицензированию подлежит только деятельность в области изготовления протезно-ортопедических изделий по индивидуальным заказам. Аккредитация организаций в системе предоставления реабилитационных услуг отсутствует. Формы общественного регулирования рынка неразвиты. Координация деятельности реабилитационных организаций различных форм собственности и ведомственной принадлежности осуществляется, как правило, на уровне рекомендаций;

*Таким образом, специфика современного российского рынка реабилитационных услуг заключается в следующем:*

* продукция рынка (реабилитационные услуги) существенно отличается от обычных видов продукции и тесно связана с потребностями инвалидов;
* финансовые ресурсы являются преимущественно бюджетными;
* инфраструктура рынка развита недостаточно;
* ассортимент услуг по отношению к мировому рынку ограничен;
* рыночные механизмы спроса, предложения, ценообразования в ряде случаев лишают возможности поставщиков получить доступ к инфраструктуре поставок, а инвалидов - получить доступ к реабилитационным услугам;
* экономическое несовершенство, обусловленное сложностью создания высоко конкурентной рыночной среды.

*Стратегическими направлениями формирования и развития рынка реабилитационных услуг являются:*

* создание условий для развития конкуренции в сфере реабилитации инвалидов;
* предотвращение избыточного вмешательства органов государственной власти и местного самоуправления в функционирование рынка реабилитационных услуг, снижение коррупционных и иных рисков при размещении государственного заказа на предоставление реабилитационных услуг;
* обеспечение равного доступа всех поставщиков независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности к инфраструктуре поставок реабилитационных услуг для государственных нужд, а инвалидов - к качественным реабилитационным услугам.

Реализация перечисленных направлений должна предусматривать создание правовых и информационных условий для развития конкурентного рынка реабилитационных услуг, ликвидации бюрократических и коррупционных барьеров для входа на данный рынок, обеспечение прозрачности и открытости государственных закупок реабилитационных услуг, расширение мониторинга правоприменительной практики государственных закупок и проведение соответствующей аналитической работы по изучению рынка реабилитационных услуг. Развитие рынка реабилитационных услуг должно стать одним из приоритетных направлений развития рынка социальных услуг и социальной сферы в целом.

Пособие адресовано всем участникам рынка реабилитационных услуг и включают положения, направленные на формирование указанного рынка через механизмы развития конкуренции, совершенствования правоприменительной практики проведения государственных закупок реабилитационных услуг, вовлечения для участия в рынке предоставления реабилитационных услуг НГО, методического содействия НГО в формировании готовых рыночных продуктов, организации социального маркетинга, социального аутсорсинга и других рыночных технологий, усиления взаимодействия и координация деятельности всех участников рынка с целью расширения ассортимента, повышения качества и доступности реабилитационных услуг для инвалидов, информационных технологий формирования рынка реабилитационных услуг.

Содержание пособия учитывает результаты проекта ТАСИС «Укрепление демократии через НПО социальной сферы», других международных проектов в России и опыт некоторых субъектов Российской Федерации в части развития рыночных отношений в сфере реабилитации инвалидов.

*Основные направления рекомендаций сгруппированы следующим образом:*

* совершенствование политики в области реабилитации инвалидов;
* развитие рыночных отношений в области реабилитации инвалидов (правовое регулирование, инфраструктура рынка, рыночные технологии);
* повышение конкурентоспособности поставщиков реабилитационных услуг.

Вполне понятно, что данная группировка носит достаточно условный характер, но облегчает систематизацию предложенных рекомендаций.

**Раздел 1. НАУЧНАЯ ИДЕОЛОГИЯ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

Президент и Правительство Российской Федерации, федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации по компетенции несут ответственность за осуществление социальной политики в области реабилитации инвалидов на национальном уровне и уровне субъектов Российской Федерации.

Конвенцией ООН о правах инвалидов[[1]](#footnote--1) предусмотрено, что государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами без какой бы то ни было дискриминации по признаку инвалидности. С этой целью государства-участники обязуются:

a) принимать все надлежащие законодательные, административные и иные меры для осуществления прав, признаваемых в настоящей Конвенции;

b) принимать все надлежащие меры, в том числе законодательные, для изменения или отмены существующих законов, постановлений, обычаев и устоев, которые являются по отношению к инвалидам дискриминационными;

c) учитывать во всех стратегиях и программах защиту и поощрение прав человека инвалидов;

d) воздерживаться от любых действий или методов, которые не согласуются с настоящей Конвенцией, и обеспечивать, чтобы государственные органы и учреждения действовали в соответствии с настоящей Конвенцией;

e) принимать все надлежащие меры для устранения дискриминации по признаку инвалидности со стороны любого лица, организации или частного предприятия;

f) проводить или поощрять исследовательскую и конструкторскую разработку товаров, услуг, оборудования и объектов универсального дизайна (определяемого в статье 2 Конвенции), чья подгонка под конкретные нужды инвалида требовала бы как можно меньшей адаптации и минимальных затрат, способствовать их наличию и использованию, а также продвигать идею универсального дизайна при выработке стандартов и руководящих ориентиров;

g) проводить или поощрять исследовательскую и конструкторскую разработку, а также способствовать наличию и использованию новых технологий, включая информационно-коммуникационные технологии, средств, облегчающих мобильность, устройств и ассистивных технологий, подходящих для инвалидов, с уделением первоочередного внимания недорогим технологиям;

h) предоставлять инвалидам доступную информацию о средствах, облегчающих мобильность, устройствах и ассистивных технологиях, в том числе новых технологиях, а также других формах помощи, вспомогательных услугах и объектах;

i) поощрять преподавание специалистам и персоналу, работающим с инвалидами, признаваемых в настоящей Конвенции прав, чтобы совершенствовать предоставление гарантированных этими правами помощи и услуг.

Россия поддержала принятие и присоединилась к Конвенции. Многие положения Конвенции уже нашли своё отражение в законодательстве Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Вместе с тем, следует признать, что провозглашённый в Конвенции глобальный переход к социально-ориентированной модели инвалидности означает для России необходимость дальнейшего совершенствования общественной идеологии и социальной политики в отношении проблем инвалидности и реабилитации инвалидов.

* 1. **Идеология социальной модели и интеграционно-популяционный подход к преодолению инвалидности**

Идеология преодоления инвалидности представляет собой систему взглядов, идей, убеждений, ценностей и установок, в которых осознаются и оцениваются проблемы инвалидности, содержатся цели, программы и пути преодоления этих проблем и позитивного развития социальных отношений в целом.

На переломе второго и третьего тысячелетий мы являемся свидетелями глобального перелома в научном понимании инвалидности. Различные аспекты современной научной концепции инвалидности нашли отражение в многочисленных публикациях отечественных авторов в течение последних 10-15 лет. Сегодня в нашей стране инвалидность рассматривается как социальное явление и составная часть общественного здоровья, характеризующая особый социальный статус определённой популяции населения, который обусловлен социальными, экономическими, психологическими, информационными и физическими барьерами во взаимодействии общества и людей, имеющих стойкие нарушения здоровья.

Современная парадигма инвалидности рассматривает две основные модели: медицинскую и социальную. *Медицинская модель*, господствовавшая в России до начала 90-х годов, делает акцент на биологической составляющей инвалидности. Во главе её стоит медицинский диагноз, а статус инвалида отождествляется с понятием больного человека. Усилия по преодолению инвалидности фокусируются на лечении и компенсационном социальном обеспечении. *Социальная модель* инвалидности полагает инвалидность результатом несправедливого общественного устройства, при котором человек отторгается обществом и утрачивает свою социальную роль.

Очевидно, что само происхождение социальной модели инвалидности, как противовес медицинской модели, наложило определённый отпечаток на её позиционировании. Это проявляется в постоянном стремлении, бросаясь из одной крайности в другую, сосредоточить внимание на социальных причинах возникновения инвалидности, как бы «забывая» о наличии у инвалидов стойких ограничений здоровья. Признавая доминирующее значение социальных факторов в развитии инвалидности, в реальной жизни первоосновой проблемы всё же является человек, имеющий биологический дефект, и отсутствие этого признака не даёт ему основания получить статус инвалида.

Следует в полной мере согласиться с многочисленными специалистами о необходимости избавиться от «индивидуально-патологической», «медицинской» и т.п. модели инвалидности, основывающейся на неполноценности людей, и перейти к модели социальной. Но при этом следует помнить, что переоценка, также как и недооценка различных компонентов инвалидности с научной точки зрения губительны. Жизнь демонстрирует, что сосредоточение усилий на социальных проблемах инвалидов отнюдь не уменьшает потребность в коррекции биологического компонента инвалидности, ибо принципиально невозможно разделить в человеке биологическое, психологическое и социальное начало.

Бесплодность противопоставления медицинской и социальной моделей инвалидности и, напротив, использование принципа дополнительности дают основание рассматривать современную модель инвалидности, как *медико-социальную (биопсихосоциальную)*. Данная позиция косвенно подтверждается предложенной Всемирной организацией здравоохранения «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее именуется МКФ), в которой биологические характеристики человека являются обязательными составляющими и рассматриваются во взаимосвязи с факторами окружающей среды и личностными факторами.

Таким образом, и Конвенция ООН о правах инвалидов и МКФ признают, что понятие инвалидности может динамично развиваться по мере эволюции общественной идеологии на национальном уровне. Иными словами инвалидность – управляемая категория. Выбор целей решения проблем инвалидности и определение системы показателей их достижения, а также конкретных значений этих показателей является вопросом в большей степени политическим, чем профессиональным. В связи с этим необходимо учитывать, как минимум, два взаимосвязанных аспекта. Первый аспект касается законодательства и реальных действий в отношении инвалидов на всех уровнях государственной власти. При отсутствии скоординированных стратегических программ и планов правительства, министерств и ведомств в отношении инвалидов говорить о разработке статистического инструмента государственного управления в этой области бессмысленно. Второй аспект – степень участия самих инвалидов в формировании и осуществлении политики преодоления инвалидности. Степень самоорганизации инвалидов и, следовательно, результативность их участия в выработке, принятии и реализации политических решений по проблемам инвалидности является показателем социальной зрелости государства, развития демократии и самоуправления, эффективности гражданского диалога.

Характер влияния любых государственных программ и мер на положение инвалидов в обществе зависит от степени совершенства принятой модели инвалидности, на которой основана эта программа. Следует признать наиболее успешной типологию государственной социальной политики в отношении инвалидов, предложенную R.F.Drake и приведенную в таблице.

|  |  |
| --- | --- |
| **Тип политики** | **Основные характеристики политики** |
| Негативная | Активное отрицание государством гражданских и общечеловеческих прав инвалидов. |
| Политика невмешательства | Минимальное вмешательство государства в решение проблем инвалидности. |
| Мозаичная | Наличие реагирования государства на проблемы инвалидности в условиях отсутствия целостной и спланированной стратегии, бессистемное и поверхностное решение проблем, зависящее от давления и обстоятельств. |
| Максимальная | Стратегический подход государства к решению проблем инвалидности, фокусирование усилий государства на компенсации (устранении) структурных и функциональных нарушений у людей с инвалидностью, оказании реабилитационных услуг инвалидам, имеющим статус клиентов. |
| Политика социальных и средовых изменений | Государство признаёт, что инвалидность есть продукт взаимодействия общества и окружения, созданного неинвалидами для инвалидов. Стремление к достижению такого взаимодействия в обществе, при котором гарантии социального гражданства для всех людей одинаковы, независимо от того являются они инвалидами или неинвалидами. |

Для современной России в большей степени подходит тип «максимальной» политики. Государство системно и стратегически реагирует на целый ряд проблем, вызываемых инвалидностью. И всё же следует признать, что сегодня в модели инвалидности государство, фактически, в большей степени полагает, что инвалидность является результатом индивидуальных нарушений, а не конфигурации общества. Фокус социальной политики направлен на проведение реабилитационных мероприятий в отношении самого инвалида, а не окружающего общества и среды жизнедеятельности. Это, как упоминалось ранее, приводит к однобокой политике расширения сети государственных реабилитационных учреждений и предоставления различного рода компенсаций. При этом даже те услуги, которые нацелены на социальную интеграцию инвалидов, начинаются с идентификации медицинского диагноза, сегрегируя инвалидов по биологическому признаку в определённые группы.

Во многих сферах социальной жизни (труд, образование и т.д.) общество ориентируется на здоровую часть населения и руководствуется категориями рыночной полезности человека. Российское государство и общество ещё не в полной мере осознают, что инвалидность есть продукт взаимодействия общества и окружения, созданного «неинвалидами» для инвалидов. Государство слабо реагирует на тот факт, что специфические потребности инвалидов, связанные с инвалидностью, выше, чем у здоровой части общества и, соответственно, их удовлетворение в результате реабилитации требует дополнительных ресурсов и затрат. Между тем, международный опыт свидетельствует, что те выгоды, которые получит государство, обеспечив для инвалидов возможность активного участия в социальных, политических, экономических процессах, реализацию своего права на свободу доступа к объектам социальной инфраструктуры, транспорту, средствам связи и информации, образованию, труду, культурным ценностям, возможность самому управлять жизненными ситуациями, полностью компенсируют произведенные затраты.

Носителем признаков инвалидности являются конкретные люди. В Российской Федерации их называют инвалидами. Более правильно обозначать термином «инвалид» название особого социального *статуса* человека, у которого из-за стойких нарушений здоровья и наличия средовых факторов, препятствующих полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми, возникают ограничения жизнедеятельности, которые затрудняют осуществление им бытовой, общественной и профессиональной деятельности и приводят к возникновению в связи с этим потребностей в социальной защите.

Процесс инвалидизации следует рассматривать с точки зрения формирования и распространения отклонений во взаимодействии общества и людей, имеющих ограничения жизнедеятельности, связанные с негативными изменениями общественного здоровья, антропогенной среды и особенностями социально-экономического развития. Инвалидизация развивается через взаимодействие трёх основных процессов: саногенеза, патогенеза и социогенеза.

Саногенез представляет собой комплекс защитно-приспособительных механизмов, развивающихся на протяжении всей жизни человека и призванных восстанавливать нарушенную в результате влияния различных факторов, в том числе болезнетворных, саморегуляцию организма. Содержанием патогенеза являются механизмы возникновения и развития болезни и отдельных её проявлений на различных уровнях организма. Социогенез характеризует происхождение и развитие межличностных отношений, отношений между различными социальными группами, взаимоотношений между отдельными социальными группами и обществом в целом.

Интегральной категорией, отражающей взаимодействие процессов саногенеза, патогенеза и социогенеза (истощение ресурсов здоровья, развитие заболевания и нарушение взаимодействия с обществом), является понятие *реабилитационного потенциала*. Речь о реабилитационном потенциале, как правило, заходит тогда, когда возникает необходимость вмешательства с целью сохранения и восстановления здоровья и социально-ролевых функций человека. Реабилитационный потенциал состоит из соматического, личностного и социально-средового компонентов. Реабилитационное воздействие на соматическом уровне направлено на компенсацию и восстановление структур и функций организма, на уровне личностного компонента – на расширение сфер жизнедеятельности на психологическом уровне, выработку и реализацию стратегии жизни (формирование образа нового «Я»), выработку и реализацию стратегии интеграции (формирование образа нового «МЫ»), на уровне социально-средового компонента – на расширение способностей преодоления социально-средовых барьеров и достижение независимости, а также на устранение этих барьеров. Конечная цель реабилитации – социальная интеграция, восстановление социально-ролевых функций, достижение независимой жизнедеятельности.

Таким образом, следует учитывать, что современная идеология преодоления инвалидности опирается на представления о целостности биологической, психологической и социальной сущности человека, социально-ориентированную модель инвалидности и сложную структуру реабилитационного потенциала, отражающую взаимодействие процессов саногенеза, патогенеза и социогенеза.

На смену *личностно-центрическому подходу* к преодолению инвалидности, опиравшемуся на *медицинскую модель* инвалидности, пришёл *популяционно-центрический подход*, в основу которого положена *социальная модель* инвалидности. В первом случае центральным объектом воздействия являлся человек, имеющий заболевание. Фактически, это мало отличалось от организменно-центрического (нозологического) подхода, используемого в медицине в конце IXX – начале XX веков. Внедрение популяционно-центрического подхода отразило изменение взглядов на соотношение биологического и социального в инвалидности. Взаимодействие инвалидов и общества, а также их социальная роль стали рассматриваться на уровне популяций «инвалидов» и «неинвалидов». Централизация социального положения популяции инвалидов отражала признание популяции инвалидов в качестве главного источника и причины всех проблем.

Дальнейшее развитие социальной модели инвалидности и повышение планки ответственности всего общества за взаимодействие популяций «инвалидов» и «неинвалидов» даёт основание полагать, что на смену популяционно-центрическому подходу должен придти *популяционно-интеграционный подход*. Инвалидность трансформируется из проблемы конкретного человека и состоящей из таких же, как он популяции людей в проблему всего общества. Усилия общества в преодолении инвалидности равномерно перераспределяются между всеми группами населения. Объектами реабилитационного воздействия становятся и инвалиды, и здоровая часть общества, и общая для обеих популяций среда жизнедеятельности. «Главным героем» решения проблем инвалидности становится не сам инвалид, а всё общество. Главной целью реабилитации становится не компенсация нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности и «социальной недостаточности» инвалидов, а *социальная интеграция* популяций неинвалидов и инвалидов.

* 1. **Недискриминация и приоритет удовлетворения потребностей инвалидов**

Преобладание той или иной модели инвалидности зависит от характера социальных отношений и воплощается в государственной социальной политике. На основе принятой в государстве модели инвалидности выстраиваются системы социальной поддержки, образования, культуры, здравоохранения, труда и занятости, архитектуры, градостроительства, транспортного обслуживания, информационного обеспечения и т.д.

Политические решения принимаются на различных уровнях органами государственной власти по компетенции и представляют собой процесс и результат выбора цели и способа воздействий на систему реабилитации инвалидов, социальную систему в целом и отдельные её компоненты на основе присущих им тенденций и закономерностей, а также преобладающей в обществе идеологии преодоления инвалидности. Политические решения государства в области реабилитации инвалидов воплощаются в форме законодательных актов, инструментов их реализации, организации и инфраструктуры системы реабилитации инвалидов, подсистем управления, реализации и контроля, технологий предоставления и набора реабилитационных услуг, ресурсного обеспечения системы. В формировании социальной политики в области реабилитации инвалидов принимают участие не только государственные институты, но и общественные, в том числе общественные организации инвалидов и членов их семей, частный сектор, политические партии и т.п.

В демократических государствах решения, принимаемые в области социальной политики, всегда является результатом договорённости и разумного компромисса между всеми субъектами экономической, социальной, политической и культурной жизни. В тоталитарных государствах решения в области социальной политики всегда поставлены на службу режима и принимаются без участия гражданского общества и его институтов. Тоталитарность государства может проявляться в том, что оно не прислушивается к голосу инвалидной общественности, опирается в принятии решений только на собственную позицию и, таким образом, дискриминирует инвалидов. В таком государстве неинвалиды определяют правила, по которым инвалиды должны жить, устанавливают черту, за которую инвалиды не должны переходить.

Конвенция ООН о правах инвалидов придала серьёзный импульс для реформы государственной политики в области реабилитации инвалидов, главным постулатом которой должен стать принцип *недискриминации* инвалидов. Конвенция интерпретирует этот принцип следующим образом: «Дискриминация по признаку инвалидности» означает «любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью или результатом которого является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех прав человека и основных свобод» и распространяется на «все формы дискриминации, в том числе отказ в разумном приспособлении». Таким образом, необеспечение в случаях необходимости разумного приспособления квалифицируется как дискриминация и представляет собой нарушение Конвенции. «Разумное приспособление» определяется Конвенцией как «внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и корректив, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод».

Почему принятие политических решений должно опираться на приоритетное удовлетворение потребностей инвалидов, связанных с инвалидностью? При ответе на этот вопрос следует учитывать, что именно через изучение и анализ потребностей инвалидов, связанных с инвалидностью, государство и общество узнают о проблемах, которые возникают перед инвалидами. Как показала жизнь, возникновение этих проблем связано с наличием препятствий, создаваемых самим обществом. Это, прежде всего, отношение неинвалидов к инвалидам, препятствия социального, экономического, юридического, физического характера. Исторически это вполне закономерно: мы все вышли из общества, в котором не существовало равенства возможностей для всех его членов и приоритеты отдавались интересам и потребностям неинвалидов.

Технологически изучение потребностей инвалида достигается через его личное активное участие в процессе реабилитационной диагностики в качестве партнёра и члена мультидисциплинарной команды. В центр внимания такой команды ставятся уважение прав и достоинства инвалида, его семьи или попечителей, его цели и потребности в различных сферах жизни, самооценка, круг интересов и уровень притязаний, право выбора, отношение к своим обязанностям. Необходимо также принять во внимание потребности других благополучателей - сообщества, в котором живёт инвалид. Это касается, в первую очередь, его семьи и микросоциального окружения.

Таким образом, изучая и удовлетворяя потребности инвалидов, связанные с инвалидностью, мы наилучшим способом решаем проблемы и инвалидов и всего общества в целом, стимулируем общественное развитие, формируем социальную сплочённость, более эффективно продвигаемся к общественному совершенству.

Анализируя модели российской и европейской политики в области реабилитации инвалидов можно сформулировать основные рекомендации по формированию политических решений, актуальных для современной России. С целью удобства пользования эти рекомендации представлены в форме таблицы по направлениям, соответствующим ключевым элементам политики в области реабилитации инвалидов.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ключевые элементы политики в области реабилитации инвалидов** | **Основные рекомендации по формированию политических решений в области реабилитации инвалидов** |
| Основополагающая концепция | Должны опираться на социальную модель инвалидности, популяционно-интеграционный подход к преодолению инвалидности, в отношении детей-инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов – на принцип ответственного (позитивного) родительства. |
| Стратегия и направленность | Должны обеспечивать для инвалидов равные с другими гражданами возможности в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод;  Должны носить антидискриминационный характер;  Должны способствовать развитию интеграционной направленности системы реабилитации инвалидов;  Должны способствовать формирование инклюзивной среды жизнедеятельности;  Должны способствовать наращиванию аналитического потенциала в области проблем инвалидности и реабилитации инвалидов;  Должны содействовать присоединению России к новым прогрессивным международным инициативам в области реабилитации инвалидов и решения проблем инвалидности. |
| Правоприменительная практика | Должны обеспечивать эффективное исполнение законов;  Должны содействовать преодолению недостаточно эффективной правоприменительной практики;  Должны способствовать расширению вовлечения инвалидов и негосударственных организаций в осуществление контроля над правоприменительной практикой;  Должны обеспечивать развитие институтов общественного контроля, социальной инспекции, досудебного урегулирования социальных споров. |
| Инфраструктурный аспект | Должны обеспечить сбалансированное развитие институциональной и деинституциональной инфраструктур реабилитации инвалидов. |
| Набор и качество реабилитационных услуг | По вопросам расширения набора предоставляемых реабилитационных услуг должны опираться, в первую очередь, на реальный объём потребностей инвалидов;  Должны обеспечить создание и развитие системы управления качеством в области реабилитации инвалидов;  Должны ускорить внедрение методы оценки и контроля эффективности реабилитации, ориентированные на конечный результат. |
| Технологии реабилитации | Должны способствовать внедрению новых технологий реабилитации, основанных на современных достижениях науки и техники. |
| Основные ресурсы | Должны способствовать ресурсному обеспечению сбалансированного развития государственного и негосударственного секторов реабилитации инвалидов, а также обеспечить дополнительную ресурсную поддержку инноваций в области реабилитации инвалидов;  Должны быть направлены на ликвидацию дефицита бюджетных средств, необходимых для финансирования системы реабилитации инвалидов, а также на оптимизацию системы финансового обеспечения деятельности реабилитационных учреждений;  Должны обеспечить достаточный уровень заработной платы и социальной защищённости работников бюджетного сектора, способствовать укомплектованию штатов и обеспечению необходимой профессиональной подготовки специалистов реабилитационных учреждений (учреждений социального обслуживания населения);  Должны способствовать развитию информационно-коммуникационных технологий и ресурсов в области реабилитации инвалидов, обеспечивать необходимую информированность общества по вопросам реабилитации инвалидов и преодоления инвалидности. |
| Управление и координация | Должны способствовать выравниванию уровней предоставления реабилитационных услуг в различных субъектах Российской Федерации и внутри субъектов Российской Федерации, обеспечивать доступность получения качественных реабилитационных услуг вне зависимости от места жительства инвалидов, стимулировать заинтересованность субъектов Российской Федерации и муниципальных образований к развитию системы реабилитации инвалидов, обеспечивать эффективное привлечение к управлению и координации в системе реабилитации инвалидов негосударственных организаций, развивать саморегулирование в условиях рынка реабилитационных услуг. |
| Международный аспект | Должны демонстрировать приверженность России нормам международного права и поддержку Конвенции ООН о правах инвалидов. |

**Раздел 2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

**2.1. Государственные закупки реабилитационных услуг**

Государственный и муниципальный социальный заказы на предоставление реабилитационных услуг имеют ряд неоспоримых преимуществ перед другими способами закупок. Покупаются реабилитационные услуги, чётко обозначенные в конкурсной документации. Закупка таких услуг на конкурсной основе исключает необходимость денежного содержания поставщика этих услуг, основанного на сметном финансировании вне зависимости от качества и результатов его деятельности. Заказчик стремится к постоянным положительным изменениям в достижении результатов предоставления поставщиком реабилитационных услуг. Растёт конкуренция среди поставщиков реабилитационных услуг, что ведёт к улучшению их качества и демонополизации рынка. Между заказчиком и поставщиками устанавливаются корректные партнёрские отношения, повышающие взаимную ответственность за конечный результат. Появляется согласованность и повышается эффективность в подсистемах управления, исполнения и контроля государственного и муниципального социального заказа на предоставление реабилитационных услуг инвалидам.

В конечном счёте, выигрывают все участники системы реабилитации. Инвалиды получают качественные реабилитационные услуги, которые способствуют удовлетворению их потребностей, связанных с инвалидностью, и обеспечивают эффективную социальную интеграцию. Общество укрепляет социальную солидарность и наращивает свой человеческий и трудовой потенциал. Государство опирается в своём развитии на социальную стабильность и общественное признание решаемых им задач. Заказчики реабилитационных услуг обеспечивают максимально эффективное исполнение государством своих обязательств перед инвалидами. Организации-поставщики реабилитационных услуг получают возможность максимально раскрыть свой инновационно-технологический потенциал и добиться баланса между достигнутыми социальными результатами и экономической целесообразностью своей деятельности.

Основными проблемами, которые сегодня тормозят развитие и внедрение государственного или муниципального заказа на предоставление реабилитационных услуг инвалидам являются: отсутствие у заказчиков современных инструментов формирования и реализации заказа, опирающихся на лучший мировой опыт; недостаточный уровень контрактной культуры, как у заказчиков, так и у поставщиков реабилитационных услуг; ограниченный доступ негосударственных организаций к бюджетным ресурсам; неразвитая конкуренция в сфере предоставления реабилитационных услуг; неразвитость партнёрских отношений между заказчиком и поставщиками реабилитационных услуг; недостатки федерального законодательства, слабо учитывающего особенности размещения государственного и муниципального заказа в области реабилитации инвалидов.

Основными принципами формирования государственного социального заказа на предоставление реабилитационных услуг являются: А) этапность; Б) установление партнёрских отношений с поставщиками реабилитационных услуг; В) стимулирование конкуренции; Г) гласность и прозрачность; Д) ориентация на потребности клиента; Ж) объективность в выборе подрядчика; З) измеримость качества и результата предоставления услуг; К) максимальная эффективность выполнения заказа и расходования бюджетных средств.

*А)Этапность* предусматривает осуществление перед проведением закупок реабилитационных услуг целого ряда подготовительных мероприятий. На первоначальном этапе, в процессе формирования государственного социального заказа, специалистами изучаются потребности различных категорий инвалидов в проведении реабилитационных мероприятий (формирование спроса) и возможности поставщиков в удовлетворении этих потребностей (оценка предложения).

Речь идёт о непрерывном (цикличном) мониторинге потребностей инвалидов в различных видах реабилитационных услуг. Анализируется ассортимент, объём, стоимость и уровень качества оказываемых на рынке услуг. Оцениваются действующие на рынке реабилитационных услуг поставщики (численность персонала, оснащение, объем и качество оказываемых услуг), организационно-правовые формы реабилитационных учреждений, а также соотношение спроса и предложения на различные виды услуг. Анализируется структура распределения финансовых ресурсов по основным категориям получателей услуг, видам услуг и предполагаемых договоров, оценивается влияние на конъюнктуру рынка органов государственного управления, размещающих на конкурсной основе заказы на рынке реабилитационных услуг.

Такой подход позволяет чётко оценивать текущие потребности получателей реабилитационных услуг, прогнозировать их развитие и изменения, ясно представлять себе состояние, перспективы и проблемы развития рынка реабилитационных услуг в целом и на местном уровне, иметь достоверную предварительную информацию о преимуществах и недостатках всех поставщиков реабилитационных услуг, принимать обоснованные решения, направленные на максимальное удовлетворение потребностей клиентов.

На этапе принятия решений о закупке реабилитационных услуг и проектирования структуры соответствующих конкурсов следует с учётом выявленного спроса, предложения и имеющихся в распоряжении государственного заказчика финансовых ресурсов определить количество конкурсов, их структуру по лотам, сроки и периодичность проведения конкурсных процедур. Основными целеполагающими факторами данной работы являются, с одной стороны, максимальная степень удовлетворения потребностей инвалидов в получении реабилитационных услуг и, с другой стороны, создание условий для обеспечения состязательности и справедливой конкуренции между поставщиками реабилитационных услуг – участниками конкурсов.

Государственный заказчик обязан планировать закупки реабилитационных услуг таким образом, чтобы максимально стимулировать позитивный потенциал рынка предложений и его развитие, имея в виду расширение круга поставщиков независимо от численности, организационно-правовых форм, форм собственности и места государственной регистрации организаций – участников конкурса. Медленный рост числа потенциальных поставщиков реабилитационных услуг во многих субъектах Российской Федерации часто объясняется одной причиной: бездействием государственных заказчиков для создания соответствующих условий, обеспечивающих привлекательность и доступность государственного заказа для всех организаций, а не только для избранных или приближённых к местной власти.

Другим важнейшим этапом подготовки к проведению конкурса является подготовка конкурсной документации, в частности, технического задания. Следует учесть, что пунктом 5 статьи 20 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» допускается в случае невозможности определения заказчиком точных характеристик закупаемых услуг (в том числе реабилитационных) возможность сбора и анализа предложений от потенциальных поставщиков об их технических, технологических и качественных характеристиках с целью последующего учёта при определении предмета конкурса. Упомянутый закон не допускает прямого контакта заказчика, уполномоченного органа, специализированной организации или конкурсной комиссии с участником размещения заказа. Но это не означает, что в период между проведением конкурсных торгов осуществление такой деятельности запрещено, или не может осуществляться через посредников – уполномоченных заказчиком специалистов-экспертов в области реабилитации инвалидов, которые непосредственно не входят в состав перечисленных структур.

Структуру и состав технического задания на закупку реабилитационных услуг целесообразно разрабатывать и утверждать в установленном в субъекте Российской Федерации порядке и регулярно осуществлять пересмотр его содержания в соответствии с новыми задачами в области реабилитации инвалидов и возможностями поставщиков реабилитационных услуг. Статьёй 22 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» установлены требования к содержанию конкурсной документации, однако они носят общий характер и не отражают специфику требований к закупаемым реабилитационным услугам.

Специальные требования к предоставлению реабилитационных услуг могут отражать их основные параметры (характеристики и количество получателей услуг, типы и виды реабилитационных услуг, качественные параметры услуг, единицы измерения, количество, продолжительность и периодичность оказания и т.д.), условия предоставления (амбулаторные, стационарные, смешанные услуги, способ выявления и привлечения клиентов, организация предоставления услуг, оснащение и оборудование, кадровое обеспечение и т.д.), результативность (качественная и количественная оценка результатов, степень удовлетворения потребностей клиентов).

Пунктом 2.1 статьи 22 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» не допускается включение в конкурсную документацию требований (в том числе в форме требований к качеству, техническим и функциональным характеристикам услуг) о наличии у участника размещения заказа производственных мощностей, технологического оборудования, трудовых, финансовых и других ресурсов, необходимых для оказания услуг, являющихся предметом контракта. Это положение закона нельзя признать удачным применительно к реабилитационной услуге, которая может предоставляться различными способами, как упрощёнными, так и с использованием специального оборудования, программных средств и т.п. Вместе с тем, закон не запрещает государственному заказчику принимать во внимание и учитывать при определении победителя конкурса дополнительные сведения, добровольно предоставляемые участниками размещения заказа. Эти сведения могут содержать любую информацию, подтверждающую соответствие качества заявляемым параметрам (качество процесса предоставления услуги, качество самой услуги, качество результата предоставления услуги и т.д.), уровень ресурсного обеспечения предоставления услуги, объективность оценки эффективности реабилитационных мероприятий и т.д. Иными словами, каждому участнику конкурса должен быть предоставлен шанс продемонстрировать свои конкурентные преимущества, всесторонне обосновать свои притязания на победу в конкурсе, стремиться к достижению открытости и взаимопонимания с государственным заказчиком в процессе формирования и реализации государственного социального заказа.

Одним из важнейших критериев конкурса являются стоимостные параметры предоставления реабилитационных услуг. Общая ошибка на этапе подготовки конкурсных торгов на предоставление реабилитационных услуг состоит в том, что объем расходов и минимальная цена рассматриваются в качестве основных условий победы в конкурсе. Вместе с тем, хорошо известно, что меньшая цена не всегда является лучшей. Суммы денежных средств, возвращённых в бюджет за счёт экономии, как правило, формируются за счёт более низкого качества закупаемой продукции. Между тем, понятие «лучшая цена» не является чисто экономической категорией. Именно этим объясняются многочисленные неудачные попытки обосновать её только методами экономической теории с использованием всевозможных формул и расчётов. При выявлении победителя конкурса на поставку такой сложной продукции, как реабилитационные услуги, конкурсная комиссия должна иметь в своём распоряжении *«понятные цены»* и лишь затем определять *«лучшие цены», чтобы* с учётом всех прочих условий (в том числе критериев покупательной способности и имеющихся в распоряжении государственного заказчика финансовых ресурсов) выбирать из них *«оптимальные цены»* для заключения контрактов.

Это означает, что участники конкурса должны представить структуру контрактной цены на продукцию и её расшифровку. Такая структура цены может отличаться от стандартной формы калькулирования цены, на основе которой, подчас, трудно понять эффективность произведённых затрат. На основании анализа структуры и расшифровки цены заказчику необходимо понять какие затраты несёт исполнитель для того, чтобы добиться необходимого ассортимента предоставляемых услуг, надлежащего (лучшего) качества каждой услуги, обеспечить организационные, кадровые, технологические, инновационные и другие преимущества для получателя услуг по сравнению с другими поставщиками, добиться максимального реабилитационного эффекта и т.п. Расшифровка затрат также должна помочь выявить преимущества поставщиков, не связанные с конкурентными критериями, иначе утрачивается смысл принципа состязательности конкурсных торгов. Например, наличие безвозмездно представленных государством поставщику услуг помещений, оборудования, транспорта и т.д., налоговых и иных преимуществ повышает шансы государственных учреждений для победы в конкурсе по сравнению с организациями, которые на собственные средства арендуют помещения, закупают оборудование, транспорт, разрабатывают и внедряют инновационные технологии реабилитации и т.д. Таким образом, технологию определения *«минимальной цены»* должна заменить технология выявления лучшего ценового предложения по цепочке *«понятная цена - лучшая цена - оптимальная цена».* Такая технология требует серьёзного методического обоснования, предусматривающего всестороннюю оценку ценовых предложений на основе простых, понятных и чётких критериев сравнения ценовых предложений поставщиков реабилитационных услуг. Только в этом случае вектор конкуренции сместится от *минимизации* цены к *оптимизации* соотношения цена/качество, которое в большей степени ориентировано на конечный результат реабилитационного процесса.

Б) *Установление партнёрских отношений с поставщиками реабилитационных услуг – изложено в подразделе 3.4.*

*В) Стимулирование конкуренции.* Размещение государственного (регионального) или муниципального заказа на предоставление реабилитационных услуг инвалидам у единственного источника, в том числе в подведомственных государственному заказчику государственных или муниципальных учреждениях или унитарных предприятиях, при отсутствии конкурентной среды должны быть подтверждены документально. Исключительные полномочия органов исполнительной власти или подведомственных им государственных учреждений и государственных унитарных предприятий[[2]](#footnote-0) в данной сфере должны быть установлены нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

Экономическая сущность государственного или муниципального заказа на предоставление реабилитационных услуг инвалидам заключается в обеспечении свободного доступа поставщиков реабилитационных услуг в данный сегмент рынка и, соответственно, ограничении монополизма в этом сегменте путём создания условий для честной конкуренции. Такой подход, в свою очередь, обеспечивает наиболее эффективное расходование бюджетных средств на эти цели, реальное развитие рынка реабилитационных услуг, обеспечивающего потребителям–инвалидам возможность выбора, активное реагирование поставщиков на изменение спроса, постоянный рост качества реабилитационных услуг, формирование оптимальной системы управления, тонко реагирующей на изменения соотношения спроса и предложения.

Действующим законодательством[[3]](#footnote-1) предусмотрено право заказчика при размещении заказа на поставку технических средств реабилитации инвалидов, оказание услуг в сфере образования, услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению для государственных или муниципальных нужд заключить контракт с несколькими участниками размещения заказа.

Однако данная норма закона оказалась полумерой, так как другой нормой этого же закона введены жёсткие ограничения. В частности, заключение контракта с несколькими поставщиками услуг допускается только в том в случае, если при размещении заказа на поставку технических средств реабилитации инвалидов, оказание услуг в сфере образования, услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению для государственных или муниципальных нужд победитель конкурса не может исполнить заказ в полном объеме и в конкурсной документации предусмотрено право заказчика заключить контракт с несколькими участниками размещения заказа. При этом заказчик вправе заключить контракт с участниками конкурса, заявкам на участие в конкурсе которых присвоены следующие порядковые номера в порядке возрастания, в объёме, который предложен в таких заявках на участие в конкурсе. Такие участники размещения заказа не вправе отказаться от заключения государственного или муниципального контракта. При этом цена контракта не может превышать сумму, пропорциональную цене такого контракта в зависимости от количества поставляемого товара, объема услуг, на поставку и оказание которых заключен контракт. Общая цена контрактов, заключенных по итогам размещения заказа на поставку технических средств реабилитации инвалидов, оказание услуг в сфере образования, услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению для государственных или муниципальных нужд, не может превышать начальную (максимальную) цену контракта (цену лота), указанную в конкурсной документации[[4]](#footnote-2).

Таким образом, в реальной жизни победителем конкурса, фактически, может быть признан только один участник. Тем самым поле агентов рынка резко сужается, а инвалиды лишаются права выбора поставщика услуг из нескольких участников конкурса. Более того, агенты рынка, выбывшие из числа участников размещения государственного заказа, как правило, на длительный срок (минимум на полгода) лишаются источников бюджетного финансирования. Подобная мера, возможно, и была бы оправдана в случаях, когда доля бюджетных затрат на финансирование реабилитационных услуг не являлась бы на рынке преобладающей, а также в условиях высоко конкурентной рыночной среды, но в сегодняшней ситуации олигополизма и монополизма на рынке реабилитационных услуг, низкой доли иных, кроме бюджетных, источников финансирования, она не способствует реализации прав инвалидов на получение достаточного ассортимента качественных реабилитационных услуг и повышению конкуренции среди поставщиков этих услуг.

В этих условиях одним из инструментов стимулирования конкуренции в сфере реабилитации инвалидов является *оптимальное планирование* государственного заказа, при котором форма и структура заказа в максимальной степени соответствует структуре предложения. Это достигается дроблением общего пула государственного заказа на отдельные заказы (в различных формах) или лоты внутри открытых конкурсов, в борьбе за получение которых примут участие максимально возможное число участников. Таким образом, в каждом заказе (лоте) может быть достигнута максимальная состязательность и выбран наилучший поставщик услуг. Любое укрупнение или объединение лотов при проведении конкурсов неизбежно ведёт к потере его потенциальных участников и поддерживает монопольную (олигопольную) ситуацию на рынке, чаще всего создаваемую преднамеренно.

Другим инструментом повышения конкуренции является планирование государственного заказа, при котором формируется стимул к взаимодействию различных поставщиков реабилитационных услуг под эгидой *единого оператора*. Такое взаимодействие достигается с помощью привлечения сторонних организаций или через механизмы *социального аутсорсинга*. При этом организация предоставления комплекса реабилитационных услуг может быть реализована через механизмы государственно-частного или государственно-общественного партнёрства. Естественно, что регламент использования всех перечисленных механизмов, обеспечивающих развитие конкуренции, должен быть зафиксирован в конкурсной документации.

Немаловажное значение в стимулировании конкуренции на рынке реабилитационных услуг имеет планомерная и целенаправленная работа, направленная на повышение *готовности* негосударственных организаций для участия в выполнении государственного заказа в сфере реабилитации инвалидов и повышения их конкурентоспособности. Государство, которое считает необходимым формировать конкурентную среду, должно активно содействовать этому процессу. Следует заметить, что речь не идёт об односторонней поддержке негосударственных организаций. Более того, формы и механизмы такой поддержки для государственных и негосударственных организаций могут быть различными. В настоящее время для поддержки общественных организаций используются различные формы: от прямых финансовых субсидий и грантовых форм финансирования до предоставления в пользование имущества, оборудования и различного рода льгот. Поддержка государственных реабилитационных учреждений в основном осуществляется через федеральные и региональные целевые программы, государственные инвестиции, текущее финансирование, предоставление льгот. Отсутствие чётких и понятных механизмов государственного регулирования, которые стимулируют развитие конкуренции на рынке реабилитационных услуг, ведёт к тому, что конкурентные отношения в этом сегменте рынка развиваются медленно и, почти стихийно.

Важнейшим резервом развития конкуренции и увеличения числа агентов рынка реабилитационных услуг является привлечение для исполнения заказов *организаций инвалидов* и *субъектов малого предпринимательства*. Следует максимально использовать преимущества при участии в размещении заказов для организаций инвалидов и субъектов малого предпринимательства, которые предусмотрены действующим законодательством[[5]](#footnote-3). При установлении в субъекте Российской Федерации порядка и условий привлечения организаций инвалидов и субъектов малого предпринимательства для участия в размещении заказов, а также предоставления организациям инвалидов преимуществ при размещении заказов необходимо опираться на действующее законодательство, учитывать требования нормативных актов Правительства Российской Федерации[[6]](#footnote-4), и имеющиеся разъяснения Минэкономразвития России и ФАС России[[7]](#footnote-5).

*Г) Гласность и прозрачность* достигается путём создания условий для неограниченного доступа к информации о размещении заказа. Кроме того, необходимо принимать во внимание, что в соответствии со статьёй 33 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности должны привлекать полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке.

Одним из важнейших условий достижения гласности и прозрачности закупок реабилитационных услуг заказа является полнота, достоверность и доступность всей информации по вопросам размещения соответствующего заказа. Действия заказчика, направленные на достижение этих целей, закреплены законодательно[[8]](#footnote-6). Следует обратить внимание на тот факт, что законодатель внёс изменения в порядок информационного обеспечения размещения заказа, которые вступят в силу с 1 января 2010 года. В связи с этим требуется провести определённые подготовительные мероприятия, как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на уровне муниципальных образований, которые позволят осуществить безболезненный переход к реализации новых требований закона.

Другим важнейшим элементом достижения гласности и прозрачности закупок реабилитационных услуг является налаживание информационного взаимодействия заказчиков и поставщиков реабилитационных услуг в межконкурсный период. Речь идёт как об информационном обеспечении заказчика (ов), так и об информационном обеспечении потенциальных участников размещения заказов. Такое информационное взаимодействие не предусмотрено, но и не запрещено действующим законодательством и может осуществляться на добровольной основе. Польза от такого взаимодействия очевидна, так как оно способствует установлению партнёрских отношений, объективной оценке положения дел, является постоянно действующей обратной связью, обеспечивает открытость принимаемых решений и т.п. Принципы, порядок и условия такого информационного взаимодействия могут устанавливаться органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или муниципального образования, осуществляющих размещение заказов на предоставление реабилитационных услуг.

*Д) Ориентация на потребности клиента.* Принципиальной особенностью государственного или муниципального заказа на предоставление реабилитационных услуг является его ориентация на непосредственных получателей услуг – инвалидов. Удовлетворение государственных или муниципальных нужд приобретает в этом смысле второстепенное значение. Иными словами главным результатом реализации заказа должны быть качественные и количественные изменения в «социальном самочувствии клиента», степень удовлетворённости получателей реабилитационных услуг, увеличение потенциальных возможностей клиентов, испытывающих ограничения жизнедеятельности. Выявление потребностей инвалидов осуществляется путём реабилитационной диагностики, представленной в рекомендации 7.

*Ж) Справедливость и объективность в выборе подрядчика* достигается путём установления чётких и ясных критериев выбора победителя (или нескольких победителей) конкурса, которые заранее известны участникам конкурса, а также участием в составе конкурсной комиссии представителей различных заинтересованных сторон (власти, негосударственного сектора, в т.ч. общественных организаций инвалидов, независимых экспертов и т.д.).

Критерии определения победителя (ей) должны предоставлять возможность членам конкурсной комиссии оценивать и сопоставлять заявки в целях выявления лучших условий исполнения государственного или муниципального заказа в порядке, установленном конкурсной документацией[[9]](#footnote-7). При этом следует помнить, что наличие в извещении на проведение конкурса указания на преимущества, предоставляемые для организаций инвалидов, должно учитываться конкурсной комиссией в полном объёме. Таким образом, внесение или невнесение такого указания в извещение о конкурсе является прерогативой государственного или муниципального заказчика. В связи с этим следует полагать, что требования к действиям заказчика по включению в конкурсную документацию указаний на преимущества, предоставляемые организациям инвалидов, должны устанавливаться в порядке, регламентированном нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации.

Важнейшим условием обеспечения справедливости и объективности в выборе подрядчиков при размещении заказа путём проведения конкурса, аукциона, а также запроса котировок является включение в состав соответствующих комиссий лиц, имеющих профессиональную подготовку в области социального обслуживания и реабилитации инвалидов. Данное положение не регламентировано, но и не запрещено нормами действующего законодательства[[10]](#footnote-8). Например, при проведении открытого конкурса на право заключить государственный или муниципальный контракт на создание произведения литературы или искусства в состав конкурсной комиссии действующим законодательством предусмотрено включение лиц творческих профессий в соответствующей области литературы или искусства, причём число таких лиц должно составлять не менее 50% общего числа членов конкурсной комиссии. Профессиональная подготовленность членов конкурсных (аукционных, котировочных) комиссий в области реабилитации и социального обслуживания инвалидов может подтверждаться соответствующими дипломами, сертификатами, удостоверениями или свидетельствами. Вероятно, данная норма не должна носить обязательного характера для лиц, имеющих инвалидность и опыт работы в области реабилитации инвалидов.

*З) Измеримость качества и результата предоставления услуг* является непременным условием формирования государственного социального заказа на предоставление реабилитационных услуг. Важно чётко представлять и понимать принципиальную разницу между закупаемым государственным заказчиком продуктом и результатом этой деятельности. Закупаемым продуктом в рамках государственного контракта является предоставление реабилитационных услуг инвалидам. Этот продукт вполне предсказуем при условии установления фиксированных и научно обоснованных исходных критериев и факторов (требований к отбору контингента, содержанию услуг, технологиям их предоставления и т.п.). Вместе с тем, реабилитация – двусторонний процесс. Активность и участие клиента в реабилитационных мероприятиях, а также его реакция на реабилитационные воздействия – такой же значимый, но менее прогнозируемый фактор. Подчас, трудно предсказать, какой конкретно позитивный социальный результат будет достигнут, каким образом и в какой степени посредством реабилитационных воздействий удастся достигнуть изменений в социальном статусе клиента, насколько стойкими и длительными будут эти изменения.

Таким образом, с целью измеримости качества и результатов предоставления услуг возникает необходимость формирования критериев (требований), которые, с одной стороны, могут быть сопоставлены с некоторым эталоном (например, описанном в конкурсной модели предоставления услуг), с другой стороны, должны быть чувствительными и предусматривать определение того, *что изменится в жизни человека в результате реабилитации*. Понятно, что периоды предоставления реабилитационных услуг и достижения измеримого социального результата могут находиться в различных временных интервалах. Например, трудовая занятость инвалида зависит от многих факторов и, даже в случае предоставления высококачественных услуг в области профессиональной реабилитации, трудоустройство инвалида в силу различных причин может быть отсрочено. Тем не менее, следует стремиться к тому, чтобы максимально возможные социальные результаты были оценены уже в течение срока исполнения контракта, а отсроченные результаты отслеживались и оценивались бы, например, при повторных размещениях государственного социального заказа на предоставление аналогичных реабилитационных услуг. К сожалению, в настоящее время логическая нить между предоставляемыми по контракту реабилитационными услугами и достигнутыми социальными результатами часто бывает разорвана и оценить конечный эффект не представляется возможным.

С целью достижения измеримости качества и результата предоставления реабилитационных услуг целесообразно иметь установленный в субъекте Российской Федерации порядок, регламентирующий основные принципы, подходы и процедуры в данной области. Важнейшими принципами измеримости качества и результата предоставления реабилитационных услуг могут быть: выбор релевантных критериев и адекватной шкалы оценки; чувствительность и точность методов измерения; объективность и достоверность методов измерения; динамичность измерений; открытость (в том числе для клиентов) и контролируемость измерений; экономичность используемых методов измерений.

Подходы к измерению качества и результативности реабилитационных услуг должны основываться на использовании методов реабилитационной диагностики, социологических исследований, психологической диагностики, оценки качества жизни, статистического наблюдения, моделирования, системного анализа, методах синергетики, экономического анализа и т.п. Процедуры измерения качества и результативности реабилитационных услуг, предусматривающие использование определённых инструментов, технологий, норм, правил и эталонов, целесообразно документально зафиксировать в форме региональных стандартов или стандартов реабилитационных учреждений. *К) Максимальная эффективность выполнения заказа и расходования бюджетных средств* достигается за счёт высокого качества и результативности предоставляемых реабилитационных услуг в сочетании с наиболее разумным и оптимальным соотношением цена/качество услуги.

Следует отметить, что *эффективность* характеризует соотношение между *достигнутыми результатами* и *использованными ресурсами*. Эффективность выполнения заказа по предоставлению реабилитационных услуг может быть определена, как система мер, объективно устанавливающая соответствие (уровень, значение) достигнутых результатов процесса реабилитации и функционирования системы реабилитации. Шкала эффективности в порядке возрастания может быть представлена в следующем виде: «отсутствует – минимальная – оптимальная – максимальная». Естественно, что в практике заказчика и получателя услуг могут удовлетворять только два крайне правых значения этой шкалы. Стремление к достижению этих показателей эффективности нацеливает поставщика реабилитационных услуг на успешные результаты, позволяет выявить «слабые» звенья в системе реабилитации, ориентирует на удовлетворение потребностей инвалидов и интересов общества, стимулирует инновации и развитие системы комплексной реабилитации инвалидов. Технологии оценки эффективности выполнения заказа также представлены в подразделе 3.4.

Походы к оценке эффективности расходования бюджетных средств частично описаны в подразделе *«А) этапность».* Следует подчеркнуть разницу в понятиях «целевое расходование» и «эффективное расходование» средств. Сегодня государственные заказчики в большей степени сосредоточены на целевом расходовании бюджетных средств. Намерения поставщиков расходовать бюджетные средства по целевому назначению оцениваются в процессе рассмотрения конкурсных заявок, В ходе исполнения контрактов целевое расходование бюджетных средств контролируется в порядке текущего и заключительного контроля путём плановых и внеплановых проверок, а также в процессе приёмки результатов работ. Но достаточно редко заказчики располагают сведениями об *эффективности расходования* бюджетных средств и *рентабельности* предоставления реабилитационных услуг.

Вместе с тем, любой государственный (муниципальный) заказчик обязан стремиться к сдерживанию роста бюджетных расходов, прежде всего, за счёт сокращения неэффективно используемых средств. А этого невозможно сделать без проведения сравнительного анализа соотношения цены и качества предоставляемых услуг.

Заказчик, как минимум, должен располагать абсолютно достоверной информацией по следующим позициям:

* уровень рентабельности поставщиков услуг (соотношение цены услуги и её себестоимости);
* структура затрат поставщика на предоставление услуг (структура себестоимости);
* наличие и доля затрат, не имеющих прямого отношения к основным процессам предоставления услуг;
* наличие неэффективных (низкоэффективных) затрат, их стуктура;
* уровень прямых затрат на обеспечение качества предоставления услуг, качества самих услуг, измерение и оценку качества, управление качеством;
* уровень прямых затрат на обеспечение других (кроме качества) показателей конкурентоспособности поставщика;
* обоснованность расчётов структуры себестоимости на основе стандартов и нормативов.

При прочих равных условиях сравнительная оценка конкурсных (аукционных, котировочных) заявок должна опираться на стремление заказчика к максимальному удовлетворению потребностей инвалидов в пределах имеющихся в его распоряжении финансовых ресурсов на эти цели. Тем не менее, сегодняшняя практика государственных и муниципальных закупок реабилитационных услуг не предусматривает возможности определения победителя с учётом эффективности производимых им затрат и доли прямых затрат на обеспечение качества и конкурентоспособности продукции. Действующим законодательством в качестве основного критерия лучшего исполнения контракта установлена цена контракта (цена единицы товара)[[11]](#footnote-9). При этом, помимо цены, критериями оценки заявок на участие в конкурсе могут быть функциональные характеристики (потребительские свойства) или качественные характеристики товара; качество работ, услуг и квалификация участника конкурса; расходы на эксплуатацию товара; расходы на техническое обслуживание товара; сроки (периоды) поставки товара, выполнения работ, оказания услуг; срок предоставления гарантии качества товара, работ, услуг; объём предоставления гарантий качества товара, работ, услуг. Пунктом 6 этой же статьи не допускается использование иных, помимо вышеперечисленных, критериев оценки заявки на участие в конкурсе. Значимость критериев (кроме цены) не может составлять более 20%.

Очевидно, что реабилитационную услугу, оказываемую в пределах установленной конкурсной документации территории, нельзя сравнивать с поставкой товара, к изготовлению которого поставщик вообще может не иметь никакого отношения. В этом смысле применительно к поставке товара указанную выше норму можно рассматривать как универсальную. Но её универсальное действие абсолютно неприменимо к оценке заявок организаций-поставщиков реабилитационных услуг, которые оказывают услуги самостоятельно, несут затраты на обеспечение качества и конкурентоспособности услуги.

**2.2. Реформирование государственных реабилитационных учреждений**

В настоящее время предоставление реабилитационных услуг инвалидам осуществляется, в основном, государственными и муниципальными учреждениями социальной защиты населения, образования, здравоохранения, культуры, занятости населения, физической культуры и спорта. Значительно в меньшей степени предоставление реабилитационных услуг осуществляется общественными организациями инвалидов (родителей детей-инвалидов), другими негосударственными организациями, в том числе коммерческими. Услуги в области оказания протезно-ортопедической помощи осуществляются, главным образом, федеральными государственными унитарными и негосударственными протезно-ортопедическими предприятиями.

В целом, на рынке реабилитационных услуг преобладают поставщики, находящиеся в собственности государства. Такая организация предоставления реабилитационных услуг унаследована от советской системы и является традиционной для государств с неразвитым частным сектором. Основным преимуществом такого подхода является то, что государство принимает на себя основные обязательства в области реабилитации инвалидов. В значительной мере именно это способствовало сохранению реабилитационных учреждений и государственной системы реабилитации инвалидов в период социально-экономического кризиса в России в 90-х годах.

Вместе с тем, основные недостатки в деятельности государственных учреждений, предоставляющих реабилитационные услуги, общеизвестны. Руководители таких организаций, как правило, де-юре и де-факто существенно ограничены в принятии самостоятельных управленческих решений, финансово-хозяйственная деятельность государственных учреждений жёстко регламентирована казначейским контролем, ограниченность бюджетных ресурсов поддерживает их существование «на голодном пайке» независимо от конечных результатов деятельности, сметное финансирование (бюджетирование) не ориентировано на конечный результат, штатное расписание учреждений не соответствует потребностям сегодняшнего дня, уровень заработной платы специалистов и сотрудников, как правило, низкий. Всё это не способствует развитию учреждений, их гибкости в условиях рынка и конкуренции, удовлетворению постоянно возрастающих требований к деятельности реабилитационных учреждений. По своей сути государственные и муниципальные учреждения навсегда остаются «маленькими детьми», требующими постоянного жёсткого управления и контроля.

Правовой статус учреждений нового типа – автономных учреждений – закреплён Федеральным законом от 03.11.2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях». В отличие от государственных и муниципальных учреждений автономные учреждения не имеют статуса бюджетополучателя. Они получают бюджетные средства в форме субсидий, и, следовательно, не подлежат казначейскому контролю над расходованием бюджетных ресурсов. Они имеют возможность осуществлять платные услуги и распоряжаться заработанными средствами без постоянного контроля со стороны учредителя, казначейства и финансового органа. Вместо учёта затрат на содержание имущества, зданий, кадров и т.п. автономные учреждения могут внедрять более прозрачные и эффективные схемы финансирования, основанные на подушевых нормативах. В этом случае объёмы бюджетных субсидий ставятся в зависимость от подушевых нормативов, количества предоставленных реабилитационных услуг и количества инвалидов, получивших эти услуги.

Автономное учреждение относится к категории некоммерческих организаций и направляет полученные доходы на обеспечение уставной деятельности. Вместе с тем, автономное учреждение вправе получать банковские кредиты, открывать счета в коммерческих банках, получать дивиденды, приобретать акции. Таким образом, у автономного реабилитационного учреждения появляется больше возможностей для развития уставной деятельности, обновления основных средств, приобретения реабилитационного оборудования, обеспечения своевременного текущего ремонта помещений, повышения заработной платы сотрудникам и т.д. Как следствие, автономное учреждение имеет возможность постоянно повышать качество предоставляемых реабилитационных услуг и, соответственно, привлекать большее число потребителей, что ведёт к увеличению сумм поступающих платежей. Таким образом, создаются финансовые стимулы для ориентации автономного учреждения на предоставление качественных реабилитационных услуг, на максимально полное удовлетворение потребностей инвалидов в данных услугах. Это, в свою очередь, заставляет быстрее реагировать на конъюнктуру рынка реабилитационных услуг, меняющиеся запросы их потребителей, внедрять новые эффективные технологии реабилитации, более внимательно учитывать интересы инвалидов через вовлечение их или представителей общественных организаций инвалидов в деятельность управляющих советов автономных реабилитационных учреждений.

Для собственника – государства или муниципального образования - создание автономного реабилитационного учреждения несет в себе не только плюсы, но и риски. Безусловным положительным моментом является то, что собственник не несёт субсидиарной ответственности, т.е. ответственности по обязательствам такого учреждения, но при этом сохраняется возможность контроля над сохранностью имущества автономного учреждения, закрепленного за ним на праве оперативного управления. Тем не менее, следует помнить, что при передаче руководителю автономного реабилитационного учреждения части своих функций резко возрастает ответственность собственника за принятие кадровых решений. Возможны риски потери части социальных гарантий работниками автономных учреждений. В условиях роста конкуренции в сети реабилитационных организаций, включающих предприятия и учреждения различных форм собственности, не исключено, что положение на рынке отдельных автономных учреждений, обладающих недостаточной конкурентоспособностью, может оказаться неустойчивым. Однако перечисленные риски при условии разумного государственного регулирования могут быть нивелированы.

Реформирование системы государственных и муниципальных реабилитационных учреждений должно осуществляться эволюционных путём. Недостаточная изученность последствий преобразования государственных и муниципальных реабилитационных учреждений в автономные реабилитационные учреждения требует определённой осторожности и системного подхода. Наилучшим способом такой реформы является применение программно-целевого метода, предусматривающего комплекс подготовительных мероприятий, обеспечивающих предупреждение возможных негативных последствий.

**2.3. Социальный аутсорсинг**

Аутсорсинг *(от англ. outsourcing – втекающий извне/снаружи)* – управленческая стратегия, основанная на передаче сторонним подрядчикам некоторых бизнес-функций или частей бизнес-процессов. Появление аутсорсинга связано с развитием идеологии разделения труда, но в новом качестве: когда передаются не только отдельные полномочия по созданию продукции, но и ответственность за конечный результат. Такой подход требует определённых механизмов управления, правомочность которых закрепляется договором аутсорсинга. Использование аутсорсинга позволяет поставщикам реабилитационных услуг сфокусировать внимание на основной деятельности, уменьшить необходимость инвестиций в основные фонды, более гибко реагировать на рыночные изменения и внутренние проблемы организации, содержать оптимальный штат сотрудников, уменьшать издержки, привлекать высококвалифицированных специалистов узкого профиля, снижать риски и т.д.

Для внедрения механизмов социального аутсорсинга в области реабилитации инвалидов первоначально необходимо произвести анализ бизнес-процессов в организации и выяснить, что в организации не делается из того, что необходимо делать для предоставления качественных реабилитационных услуг и удовлетворения потребностей инвалидов.

На втором этапе внедрения аутсорсинга необходимо оценить социальную и экономическую эффективность всех бизнес-процессов в организации, имея в виду основные бизнес-процессы (связанные с созданием и предоставлением основного продукта – реабилитационной услуги, которая формирует оплачиваемый результат), поддерживающие бизнес-процессы (поддерживают основные бизнес-процессы, создают и развивают инфраструктуру организации и т.д.), бизнес-процессы развития (обеспечивают улучшение качества реабилитационных услуг и совершенствование деятельности реабилитационного учреждения), бизнес-процессы управления (нацелены на управление деятельностью учреждения).

На третьем этапе предполагается создание матрицы аутсорсинга, включающей планируемые к передаче бизнес-функции или определённые части бизнес-процессов реабилитационного учреждения, описание передаваемых полномочий, механизмов управления и контроля, возможных форм реализации, возможных рисков и путей их преодоления.

На четвёртом этапе осуществляется выполнение маркетинговых исследований, направленных на поиск и выявление аутсорсеров (поставщиков аутсорсинговых услуг). Такие исследования сопровождаются технико-экономическим анализом и подготовкой технико-экономического обоснования или бизнес-плана. Полученные результаты позволяют подготовить техническое задание и конкурсную документацию для проведения конкурса на поставку услуг аутсорсинга, провести указанный конкурс и заключить контракт с его победителем.

Пятый этап предполагает осуществление управления процессом аутсорсинга в соответствии с предусмотренными контрактом полномочиями, контроль исполнения, мониторинг результатов, оценку их эффективности, соответствие прогнозным показателям, допустимые корректировки.

Применение аутсорсинга «под зонтиком» одного реабилитационного учреждения позволяет улучшить управление реабилитационным процессом, оптимально распределить обязанности, полномочия и ответственность участников (партнёров), правильно оценить достигнутый результат реабилитации и, в конечном счёте, существенно повысить координацию и эффективность взаимодействия всех поставщиков услуг в системе комплексной реабилитации инвалидов.

**2.4. Социальный маркетинг и комишиннинг**

В широком смысле слова социальный маркетинг представляет систему управления социально ориентированными рынками товаров и услуг. В более узком понимании социальный маркетинг – это изучение и формирование потребностей целевых групп населения и удовлетворение их более эффективными методами, чем конкуренты, при условии повышения благосостояния всех членов общества. При этом под благосостоянием понимается совокупность материальных, духовных, социальных благ, которыми владеет субъект благосостояния и которые использует (или может использовать) для удовлетворения своих потребностей.

Появление социального маркетинга является результатом эволюции маркетинга в целом. Первоначальные формы маркетинга основывались на соображениях извлечения максимальной прибыли. Именно это даёт основание некоторым авторам относиться к маркетингу, как к инструменту развития капиталистической экономики. Развитие концепции маркетинга привело к формированию нового ориентира – человека, имеющего покупательские потребности. Проникновение рыночных отношений в решение социальных проблем, в том числе проблем инвалидов, усиление роли некоммерческого сектора, частое несовпадение категорий «покупатель» и «потребитель» в социальной сфере привели к идее применения социального маркетинга в системе реабилитации инвалидов.

Социальный маркетинг в области реабилитации инвалидов призван решать конкретные задачи определённой целевой группы – инвалидов. Но проблема инвалидности не относится только к проблемам этой целевой группы людей. Она являются проблемой всего общества. От решения проблем инвалидности зависит не только жизнь самих инвалидов, но и благосостояние всего общества. В этом смысле социальный маркетинг в области реабилитации инвалидов полностью соответствует общепринятому пониманию данного термина.

Целью социального маркетинга в области реабилитации инвалидов является гармонизация социальных отношений и оздоровление общества. Он опирается на концепцию согласования и увязывания интересов реабилитационных организаций, потребителей реабилитационных услуг – инвалидов и всего общества. Таким образом, главным условием социального маркетинга в системе реабилитации инвалидов является наличие механизма согласования потребностей и интересов инвалидов, реабилитационных учреждений и общественных потребностей и интересов. При этом акцент делается на потребительскую ориентацию реабилитационных учреждений. Иными словами ориентация на приоритеты потребителей – инвалидов – является ключевым инструментом социального маркетинга в системе реабилитации инвалидов. Предметным полем такого маркетинга является разработка, реализация и контроль над выполнением реабилитационных программ, целью которых является достижение позитивных социальных перемен в жизни инвалидов, достижение правильного восприятия и полного понимания идей реабилитации, задач, решаемых в этой области, и, конечно, партнёрское участие инвалидов в реализации реабилитационных программ.

Важно подчеркнуть, что в социальном маркетинге не всё измеряется деньгами. При продвижении социальных идей в области реабилитации инвалидов в качестве платёжного средства могут выступать не только деньги, но и кредит доверия со стороны инвалидов, общества и государства к деятельности реабилитационных учреждений, как к институту, укрепляющему социальную сплочённость, сферу семейных отношений, морально-нравственные устои общества.

Вместе с тем, социальный маркетинг базируется на экономической целесообразности предоставления реабилитационных услуг инвалидам. В этом смысле социальный маркетинг нацелен на преобразование потребностей покупателя (клиента), связанных с инвалидностью, в доходы организации. Для решения этой задачи социальный маркетинг использует инструмент изучения потребностей инвалидов, чтобы впоследствии использовать их в качестве объекта воздействия.

Другой специфичной чертой социального маркетинга в области реабилитации инвалидов является отказ от жёсткого силового воздействия в процессе управления рынками реабилитационных услуг. Преимущество отдаётся механизмам стимулирования социального развития. На определённом уровне общественного развития и материального благосостояния именно смена «кнута на пряник» позволяет более эффективно добиваться развития индивидуальных способностей людей, испытывающих ограничения жизнедеятельности, на основе создания условий равенства возможностей, расширения ресурсной основы социального воспроизводства.

При разработке стратегии и планировании мероприятий социального маркетинга в области реабилитации инвалидов определяются цели социальных изменений, которые планируется достигнуть в результате реабилитации, осуществляется анализ потребностей инвалидов, связанных с инвалидностью, убеждений, ценностных установок, поведенческих проявлений и их варьирования в пределах популяции, оцениваются различные варианты установления коммуникаций между потребителями реабилитационных услуг, реабилитационными учреждениями и обществом, выбираются основные направления, формы и средства распространения идей социального маркетинга, разрабатывается конкретный план маркетинга.

Социальный маркетинг в системе реабилитации инвалидов изучает характеристики рынка реабилитационных услуг (потребители, поставщики реабилитационных услуг, посредники, продукция, конкуренция, география, ресурсы и т.д.), определяет рыночные стратегии (сегментирование и позиционирование, маркетинг взаимоотношений, конкурентная стратегия), устанавливает закономерности «рыночной жизни» продукции (правила создания реабилитационной услуги, как продукта, определяет способы их вывода на рынок), изучает процессы ценообразования, продвижения продаж, управление маркетинговыми каналами.

Важнейшим инструментом социального маркетинга в системе реабилитации инвалидов является комишиннинг (commissioning), включающий определение набора реабилитационных услуг и выбор их поставщиков, обеспечение надлежащего предоставления услуг инвалидам и контроль над этими процессами. Практика комишининга широко распространена в странах Евросоюза.

Речь идёт о непрерывном (цикличном) мониторинге потребностей инвалидов в различных видах реабилитационных услуг. Анализируется ассортимент, объём, стоимость и уровень качества оказываемых на рынке услуг. Оцениваются действующие на рынке реабилитационных услуг поставщики (численность персонала, оснащение, объем и качество оказываемых услуг, организационно-правовая форма реабилитационного учреждения, наличие аккредитации), а также соотношение спроса и предложения на различные виды услуг. Анализируется структура распределения финансовых ресурсов по основным категориям получателей социальной помощи, видам услуг и заключаемых договоров, оценивается влияние на конъюнктуру рынка органов государственного управления, размещающих на конкурсной основе заказы на местном рынке реабилитационных услуг.

Такой подход позволяет чётко оценивать текущие потребности получателей реабилитационных услуг, прогнозировать их развитие и изменения, ясно представлять себе состояние, перспективы и проблемы развития рынка реабилитационных услуг в целом и на местном уровне, иметь достоверную информацию о преимуществах и недостатках всех поставщиков реабилитационных услуг, принимать обоснованные решения, направленные на максимальное удовлетворение потребностей клиентов.

Модель комишининга состоит из четырёх основных элементов: а) анализ; б) планирование; в) исполнение; г) контроль. Решение о закупке реабилитационных услуг опирается и реализуется на основе информации, полученной в процессе деятельности в рамках всех четырёх элементов комишининга. Основные мероприятия в каждом цикле закупки сводятся к следующему:

* анализ потребностей клиентов/пользователей услуг; анализ преимуществ и недостатков организаций, предоставляющих услуги; постановка целей в соответствии со стратегией комишининга;
* разработка спецификации услуг; выбор типа и условий контрактов;
* внесение необходимых изменений в договор; обсуждение условий с поставщиками услуг;
* проведение конкурсных процедур и подписание контрактов;
* контроль над соблюдением условий контрактов.

**Раздел 3. Развитие конкуренции и социального партнёрства**

**3.1. Реабилитационная диагностика на основе МКФ**

Основной формой выявления потребностей инвалидов – получателей реабилитационных услуг является *реабилитационная диагностика*, предусматривающая оценку реабилитационного потенциала, определение потребностей в комплексной реабилитации и формирование реабилитационного прогноза. В процессе реабилитационной диагностики отношения между теми, кто осуществляют диагностику, и людьми, которых обследуют, складываются, как правило, по традиционной медико-диагностической схеме: «специалист (эксперт, врач) – пациент (клиент)». Но если в медицинской практике программа и содержание лечебных мероприятий устанавливается врачом и ответственность за результаты лечения полностью ложится на него, то в практике реабилитации программа и содержание реабилитационных мероприятий согласовываются обеими сторонами, и результат реабилитации во многом зависит от самого инвалида и внешних социально-средовых факторов. Изменить стереотипы медико-диагностического подхода к изучению потребностей инвалидов, отношения к ним, как к пациентам (клиентам), объектам для патронажа, крайне трудно. Это требует разработки новых подходов к реабилитационной диагностике, в которых в разумной мере сочетаются объективные и субъективные критерии.

Для того чтобы спроектировать программу реабилитации, специалисты мультидисциплинарной команды должны установить причины возникновения ограничений жизнедеятельности, факторы и условия, при которых возможно максимальное удовлетворение потребностей инвалида, связанных с инвалидностью, а также удовлетворение потребностей сообщества, заинтересованного в социальной интеграции инвалидов. Таким образом, благополучателями являются как сами инвалиды, так и сообщество, в котором они живут.

Технологически изучение потребностей инвалида достигается через его личное активное участие в процессе реабилитационной диагностики в качестве партнёра и члена мультидисциплинарной команды. В центр внимания такой команды ставятся уважение прав и достоинства инвалида, его семьи или попечителей, его цели и потребности в различных сферах жизни, самооценка, круг интересов и уровень притязаний, право выбора, отношение к своим обязанностям. Необходимо также принять во внимание потребности других благополучателей - сообщества, в котором живёт инвалид. Это касается, в первую очередь, его семьи и микросоциального окружения.

Только ощущая себя соавтором собственной программы реабилитации, инвалид становится её полноценным участником, а не «объектом» для реабилитационного воздействия. Именно в этом случае диалог между поставщиком реабилитационных услуг и инвалидами станет конструктивным, появится возможность определять уровень достижения личных целей инвалидов и целей предоставления услуг в целом, более точно ориентироваться на конечный результат реабилитации, выгодный клиенту, его семье, попечителям, работодателям, другим заинтересованным сторонам и обществу в целом.

В настоящее время принципы, содержание и организация реабилитационной диагностики (так же как и сам термин «реабилитационная диагностика»), осуществляемой в реабилитационных учреждениях системы социальной защиты населения, законодательно не установлены. Реабилитационно-экспертная диагностика в соответствии с действующими Российской Федерации нормативными правовыми актами осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных обследуемого лица. В случае реабилитационно-экспертной диагностики, которая осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, используются классификация и критерии, разрабатываемые и утверждаемые в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Следует отметить, что до настоящего времени реабилитационная диагностика в России, в основном, обращена к инвалидам и в этом смысле мало отличается от медицинской диагностики, основанной на нозологическом принципе. Вместе с тем, исходя из структуры реабилитационного потенциала, не следует забывать, что, как упоминалось в рекомендации 1, ограничения жизнедеятельности инвалидов обусловлены факторами, не зависящими персонально от них самих, а именно: социальными, экономическими, психологическими, информационными и физическими барьерами. Ограничения жизнедеятельности – не атрибут самого инвалида, а комплексное сочетание условий, многие из которых сформированы социальным окружением. Таким образом, развитие реабилитационной диагностики должно осуществляться в направлении внедрения новых методов оценки и анализа взаимодействия общества и инвалидов, выявления факторов, препятствующих их вовлечению в жизненные ситуации, установлению проблем реализации реабилитационного потенциала, связанных с наличием созданных неинвалидами барьеров в различных сферах жизни. Важнейшим инструментом, позволяющим принципиально новым образом выстроить стратегию реабилитационной диагностики, является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее именуется МКФ), утверждённая Всемирной организацией здравоохранения [[12]](#footnote-10).

МКФ состоит из двух частей: 1) функционирование и ограничения жизнедеятельности; 2) факторы контекста. Часть первая классифицирует функции и структуры организма (анатомические структуры и физиологические, в том числе психологические функции), а также активность и участие человека (действия по выполнению задач, вовлечение в жизненную ситуацию). Часть вторая классифицирует факторы окружающей среды (физическая и социальная обстановка, среда отношений и установок) и личностные факторы, влияющие на функционирование и ограничения жизнедеятельности. Каждая часть представлена как позитивным аспектом (структурно-функциональная целостность, активность и участие, функционирование, облегчающие факторы), так и негативным аспектом (нарушение структуры и функции, ограничение активности, ограничение возможности участия, ограничение жизнедеятельности, препятствующие факторы/барьеры).

Как классификация, МКФ может быть использована для описания процессов функционирования и ограничения жизнедеятельности, предлагая средства их описания и отображения. Она является поставщиком «строительных блоков» для формирования модели инвалидности. Практическое значение взаимодействий между составляющими МКФ может быть описано следующими примерами: а) человек может иметь нарушения без снижения потенциальных способностей; б) человек может иметь проблемы реализации или снижение потенциальных способностей без очевидных нарушений; в) человек может иметь проблемы реализации без нарушений и снижения потенциальных способностей; г) человек может иметь снижение потенциальных способностей и не испытывать проблем реализации в конкретной окружающей среде.

Следует акцентировать внимание на следующем важном аспекте МКФ. Международные сравнения требуют рандомизации сопоставляемых параметров. В отношении составляющих «функции и структур различий организма» по параметрам «физиологические изменения функций и анатомические изменения структуры» вряд ли стоит беспокоиться о возникновении межстрановых различий. Совершенно другое положение дел с составляющей «активность и участие/ограничение активности и ограничение возможности участия». Домены этой составляющей квалифицируются двумя определителями: «реализация и потенциальная способность».

Потенциальная способность устанавливает способность инвалида выполнять действие или справляться с какой-либо задачей в условиях «стандартного» или «типичного» окружения, при котором негативное влияние факторов окружающей среды максимально нивелировано и возможно достижение уровня предельного функционирования. В отличие от «потенциальных способностей» проблемы «реализации» опосредованы конкретными факторами окружающей среды (физическая, социальная среда, отношения и установки и т.п.). Таким образом, актуальные условия, в которых находится инвалид, и усилия государства и общества по вовлечению его в конкретные жизненные ситуации, остаются за пределами возможностей инвалида вмешаться в этот процесс.

Расширение сферы реабилитационной диагностики должно предусматривать изучение и оценку всех факторов, представленных в обзоре МКФ (приложение 2). В МКФ не представлены инструменты реабилитационной диагностики. Их создание должно стать предметом специальных научных исследований. Эти инструменты должны быть объективными, надёжными и валидными, позволять получать информацию обо всех сторонах жизни инвалидов в социальном окружении, опираться на современные методы исследований человека, общества и их взаимодействия.

**3.2. Интеграционные технологии реабилитации инвалидов**

Социальную интеграцию (лат. Integracio – восстановление, восполнение; integer – целый) следует рассматривать как одну из форм процесса социального взаимодействия групп населения и системообразующую цель комплексной реабилитации инвалидов. Социальная интеграция направлена на превращение относительно самостоятельных, слабо связанных между собой объектов (индивидов, групп) в единую, целостную систему, характеризующуюся согласованностью и взаимозависимостью её частей на основе общих целей, интересов и т.п. Процесс социальной интеграции включает установление оптимальных связей между социальными институтами, группами, ветвями власти и управления, выработки обществом единой идеологии, в том числе в области решения проблем инвалидности.

В процессе взаимодействия с обществом популяция инвалидов обменивается материальными и нематериальными ценностями, вступает в диалог, выражая своё отношение к действиям других людей, формирует определённый «образ» социального поведения. Таким образом, социальное взаимодействие предполагает наличие, как минимум, не менее двух субъектов, собственно социальное взаимодействие в различных его проявлениях и факторы его реализации. Процесс социального взаимодействия опираются на личностные свойства и психологические установки его участников, господствующую общественную психологию, нормы и ценности, принятые в обществе, особенности социальной системы и её инфраструктуры, сформулированные государством и обществом цели и задачи социальных изменений. Каждый из участников социального взаимодействия производит определённые социальные действия, выражая свою позицию в процессе межличностных, межгрупповых или глобальных интеракций.

Например, на межличностном уровне инвалиды и неинвалиды могут взаимодействовать на основе предыдущего опыта, который может быть позитивным или негативным, причём, как с одной, так и с другой стороны. Люди, вступающие во взаимодействие, могут по разному оценивать предметы окружающего мира, например, объекты среды жизнедеятельности, доступные для одних и недоступные для других. Различными у участников взаимодействия могут быть выражение эмоций, управление своими впечатлениями. Предшествующий негативный опыт, пережитые конфликты, трудные жизненные ситуации могут оказывать глубокое влияние на позицию инвалидов и создавать неблагоприятный фон для конструктивного взаимодействия.

Более устойчивые и более сложные образы взаимодействия формируются на межгрупповом уровне. Внутри самой популяции инвалидов существуют серьёзные внутригрупповые различия. Это подтверждается особенностями восприятия, различными оценками одних и тех же проблем, различным отношением к ним. И вполне естественно, что инвалидов с нарушением опорно-двигательных функций в большей мере могут волновать проблемы приспособления окружающей среды жизнедеятельности к их нуждам, чем инвалидов с нарушением слуха. Также неоднородна популяция неинвалидов. Социологическое исследование, проведенное в рамках проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» продемонстрировало самое разное отношение к проблемам инвалидов со стороны здоровой популяции населения, в том числе работодателей.

Группы жизненно необходимы людям. Группа является инструментом социализации, защиты интересов, поддержки своих членов, выполнения определённых социальных действий и т.д.

Групповые интересы инвалидов трансформируются в общественную позицию и общественные требования, лидеры групп, например, общественных организаций инвалидов и членов из семей, публично представляют и выражают эти интересы. Сообщество инвалидов в стремлении к социальной интеграции ставят в качестве главной цели достижение равных прав и возможностей в их реализации.

Группы неинвалидов не настолько сплочены общими интересами в части решения проблем инвалидов. Главной причиной этого является недостаточное осознание того, что проблема инвалидности – это проблема не столько самих инвалидов, сколько всего общества, в том числе сообщества неинвалидов. Массовое сознание ещё сохраняет отдельные негативные стереотипы по отношению к инвалидам на уровне морали и нравственности. И, несмотря на то, что в своём большинстве сообщество неинвалидов нацелено на сближение с инвалидами, оно недостаточно информировано о проблемах, с которыми сталкиваются инвалиды, и не готово участвовать в их решении на профессиональном уровне.

Таким образом, мы имеем дело со скрытым конфликтом интересов в его специфической форме. Когда со стороны инвалидов имеется чётко выраженное стремление к социальной интеграции через достижение полноценного социального гражданства. А со стороны другого участника взаимодействия осознание этих интересов недостаточно и отягощено профессиональной неготовностью совершать встречные шаги.

*Интеграционные технологии реабилитации*призваны решить перечисленные проблемы. Они направлены на восстановление социального взаимодействия инвалидов и общества, обеспечивающего включённость инвалидов во все сферы жизнедеятельности: образование, труд, быт, досуг и т.д. Интеграционные технологии реабилитации призваны восстановить утраченные социальный статус инвалида и его социально-ролевые функции.

Набор методов и средств, объединенных термином «интеграционные технологии реабилитации», включает методы и средства, направленные именно на взаимодействие инвалидов с окружающей средой жизнедеятельности во всех его проявлениях, о которых говорилось выше. Главными точками приложения усилий является воздействие на физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, которые окружают инвалида. Носителями социальной идеологии в отношении инвалидов и создателями таких внешних факторов жизни являются конкретные люди (неинвалиды) – другая сторона социального взаимодействия. Именно от их социальных действий (или бездействий) во многом зависит происхождение и актуализация условий, в которых живёт инвалид, и которые являются причиной ограничений жизнедеятельности, которые он испытывает. Реабилитационное воздействие на людей, общество и формируемые ими среду жизнедеятельности инвалидов, можно осуществлять на микроуровне (семья, ближайшее окружение, соседи), мезоуровне (община, поселение, приход) или макроуровне (сообщество, население страны). Естественно, что наиболее эффективно службы реабилитации могут работать на микро- и мезоуровне. Макроуровень может быть доступен через лидеров крупных общероссийских организаций инвалидов, являющихся авторитетными политическими деятелями, или центральные средства массовой информации.

*Конвенция ООН о правах инвалидов* (статья 8, пункт 1) требует от государств-участников принимать безотлагательные, эффективные и надлежащие меры к тому, чтобы: *а)* повышать просвещённость всего общества, в том числе на уровне семьи, в вопросах инвалидности укреплять уважение прав и достоинства инвалидов; *b)* вести борьбу со стереотипами, предрассудками и вредными обычаями в отношении инвалидов, в том числе на почве половой принадлежности и возраста, во всех сферах жизни; *с)* пропагандировать потенциал и вклад инвалидов.

В качестве основных интеграционных технологий реабилитации рассмотрим социальную работу с семьями инвалидов, инклюзивное образование, поддерживаемое трудоустройство, формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности.

***Социально-реабилитационная работа с семьями инвалидов.*** Семья, в которой имеется инвалид, ежедневно сталкивается с целым рядом ограничений (финансовых, материальных, социальных, духовных, сексуальных и т.д.), которые накладывают свой отпечаток на все сферы её жизни. Как правило, члены домохозяйства, имеющие в своём составе инвалида, живут либо на грани прожиточного минимума, либо за чертой бедности. Самореализация членов такой семьи затруднена, прежде всего, в профессиональном плане. Большая нагрузка, которую испытывают члены семьи по уходу за инвалидом и обеспечению его жизнедеятельности, часто не позволяет параллельно заниматься трудовой деятельностью, иметь полноценный отдых и досуг Постоянный и долгосрочный «пресс» обязательств перед членом семьи – инвалидом, возникновение серьёзных проблем в процессе их исполнения, нередко, приводят к личностному «выгоранию» и вызывают неуверенность в будущем. Особые страдания испытывают семьи, в которых являются инвалидами двое или более членов семьи.

Конвенция ООН о правах инвалидов (преамбула, пункт «x») декларирует об убеждённости государств-участников «в том, что семья является единственной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства и что инвалиды и члены их семей должны получать необходимую защиту и помощь, позволяющие семьям вносить вклад в дело полного и равного пользования правами инвалидов».

Семейные отношения и их поддержание, родственные связи и их укрепление, супружеские отношения, отношения «родители-дети» и дети-родители», интимные отношения, причины и источники конфликтных ситуаций – вот неполный круг вопросов, которые должны быть изучены и тщательно проанализированы. В процессе реабилитационной диагностики должны быть оценены все потребности, возникающие в семье в связи с наличием в её составе инвалида. Речь идёт обо всех членах семьи, включая самого инвалида, а также о ближайших родственниках, проживающих вне семьи.

В процессе формирования программы реабилитации в семье необходимо опираться на следующие принципы реабилитационной парадигмы: а) ценностно-смысловое единство (понимание и принятие всеми членами семьи разработанной программы реабилитации); б) гармония природосообразности и культуросо-образности (инвалид, как индивидуальность и человек, обладающий определённой культурой, имеющий свою жизненную историю, находящийся в конкретной ситуации; его семья с определённой системой установок, отношений, ценностей, знаний и т.д.); в) системность, непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий; г) личностно-ориентированный подход; д) открытость.

Следует стремиться к переносу «центра тяжести» реабилитационных мероприятий в семью. По возможности, должна быть поставлена цель создания «микрореабилитационного домашнего центра». Периодические пребывания или амбулаторные посещения реабилитационного центра всегда сопровождаются вынужденными паузами. При этом навыки, приобретённые в реабилитационном центре, со временем утрачиваются. Наличие микрореабилитационного центра в месте постоянного проживания – один из возможных вариантов решения данной проблемы.

Создание домашнего микрореабилитационного центра должно предусматривать помощь и поддержку со стороны специалистов реабилитационных учреждений. На этапе планирования необходимо определить цель и задачи центра, содержание его деятельности и используемые технологии реабилитации, формы предоставления реабилитационных услуг (самопомощь, участие членов семьи, специалистов реабилитационного центра и т.д.). На этапе создания центра приобретается и устанавливается необходимое реабилитационное оборудование (тренажёры, рабочие места для надомной трудовой деятельности, необходимые средства связи и информации и т.д.), осуществляется пуск, наладка и тестирование установленного оборудования, проводятся мероприятия по адаптации квартиры и обеспечению доступности установленного оборудования, разрабатывается программа и режимы реабилитации в домашних условиях, осуществляется инструктаж по технике безопасности, сам инвалид и/или члены его семьи обучаются навыкам проведения реабилитационных мероприятий, контроля и самоконтроля, персональной сохранности. На этапе функционирования центра специалисты реабилитационного учреждения оказывают поддержку в проведении реабилитационных мероприятий, предоставляют консультативную помощь, участвуют в оценке достигнутого реабилитационного эффекта, осуществляют социальный, педагогический и психологический патронаж семьи, при необходимости вносят коррективы в программу реабилитации. Содержание услуг микрореабилитационного центра может быть различным в зависимости от потребностей инвалида (АФК, элементы эрготерапии, кинезиотерапии, профессиональная реабилитация, социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация, психотренинги и т.д.).

Патронаж семьи в части предоставления реабилитационных услуг должен предусматривать конкретный перечень, включающий необходимые мероприятия медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, осуществляемые в домашних условиях, сроки и периодичность их предоставления, конкретных специалистов, ответственных за их реализацию. Объектом реабилитационного воздействия должны быть не только сами инвалиды, их социально-средовое окружение, но и члены их семьи, прежде всего в части информационной, социально-психологичеой и социально-педагогической поддержки. Специалисты реабилитационных учреждений должны содействовать преодолению негативных стереотипов в семье, способствовать формированию позитивных альтернатив в решении возникающих проблем.

Большое значение в работе с семьёй инвалида имеют неформальные отношения, складывающиеся между реабилитационным учреждением, его сотрудниками и членами семьи инвалида. Можно рекомендовать более активное вовлечение в процесс реабилитации представителей негосударственного сектора, волонтёров, развитие клубных форм работы с семьями инвалидов. Опыт подобной деятельности во многих субъектах Российской Федерации и за рубежом свидетельствует о её высокой эффективности (при условии правильной организации) и экономической целесообразности.

***Инклюзивное образование.*** Обучение и применение знаний рассматривается как важнейший инструмент, необходимый инвалидам для вовлечения в жизненные ситуации и решения жизненных проблем.

В статье 24 Конвенции ООН о правах инвалидов указано:

«1. Государства-участники признают право инвалидов на образование. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники обеспечивают *инклюзивное образование* на всех уровнях и обучение на протяжении всей жизни…»

1. При реализации этого права государства-участники обеспечивают, чтобы:
2. инвалиды не исключались по причине инвалидности из системы общего образования, а дети-инвалиды – из системы бесплатного и обязательного начального образования или среднего образования;
3. инвалиды имели наравне с другими доступ к *инклюзивному*, качественному и бесплатному начальному образованию и среднему образованию в местах своего проживания;
4. обеспечивать *разумное приспособление,* учитывающее индивидуальные потребности;
5. инвалиды получали внутри системы общего образования требуемую поддержку для облегчения их эффективного обучения;
6. в обстановке, максимально способствующей освоению знаний и социальному развитию, сообразно с целью полной охваченности принимались эффективные меры по организации индивидуализированной поддержки».

Отношение людей к различиям определяется общественным менталитетом, национальной культурой и ценностными установками общества. Необходимо признаться: сегодняшнее российское общество на бытовом уровне в своём большинстве делит всех людей на две группы – «нормальные» и «ненормальные». Причём, ответственность за «ненормальность», как правило, ложится на самого человека. В жизненных взаимоотношениях людей это отражается следующим образом: быть «ненормальным» означает быть неравным по сравнению с «нормальным».

Менталитет, культура и ценностные ориентации неинвалидов, обеспечивающих предоставление образовательных услуг в учреждениях общего типа (детские сады, школы), во многом совпадают с общей позицией населения. Учителя, воспитатели и педагоги – слепок общества. Отягчающий фактор – традиции советского образования, чётко делившегося на общее (общеобразовательные учреждения для всех «нормальных») и специальное (специальные образовательные учреждения для «ненормальных»).

В этих условиях развитие включённого («инклюзивного») образования представляется достаточно сложной задачей. Её решение возможно только при серьёзной поддержке инвалидов, их семей и специалистов в области образования со стороны профессионального сообщества работников сферы реабилитации.

Социальный заказ со стороны инвалидов и членов их семей на инклюзивное образование уже сформирован. Об этом свидетельствует массовое появление экспериментальных площадок для инклюзивного образования инвалидов в различных регионах страны. Но этот социальный заказ пока не превратился в государственный заказ для системы образования.

Основными проблемами, которые тормозят массовое развитие инклюзивного образования инвалидов в стране, являются: 1) барьеры (физические, среды общественных установок и отношений); 2) традиционные детские сады, школы, институты, университеты не подготовлены для инклюзии инвалидов и получении ими качественного образования; 3) психологические барьеры отношения инвалидов и их семей к инклюзивному образованию.

В связи с необходимостью решения перечисленных проблем реабилитационные учреждения могут сыграть большую роль в развитии инклюзивного образования. Для этого требуется:

1. Усилить взаимодействие реабилитационных учреждений системы социальной защиты населения с коррекционными образовательными учреждениями и образовательными учреждениями общего типа, направленное на осуществление подготовительных мероприятий для массового развития инклюзивного образования.
2. Наладить информирование и консультирование потенциальных учащихся-инвалидов, студентов-инвалидов и их родителей по вопросам инклюзивного образования.
3. Обеспечить предоставление педагогическим кадрам образовательных учреждений общего типа консультационных услуг по вопросам реабилитации инвалидов и связанным с ними вопросам инклюзивного образования.
4. Организовать социально-педагогическую и социально-психологическую поддержку инвалидов, обучающихся в системе инклюзивного образования.
5. Принять участие в разработке маршрутов передвижения инвалидов с нарушением опорно-двигательных функций с целью обеспечения физической доступности образовательных услуг в условиях инклюзивного обучения, оказывать консультативные услуги по вопросам выявления физических препятствий\барьеров и организации их устранения (преодоления).

***Поддерживаемое трудоустройство*** (англ. «supported employment») представляет собой технологию содействия трудовой занятости инвалида на открытом рынке труда с помощью методов профессиональной ориентации, профессионального обучения и профессиональной адаптации. Основными составляющими *поддерживаемого* *трудоустройства* являются: выявление и оценка наиболее развитых навыков и способностей, талантов, интересов, желаний человека; индивидуальное планирование будущей работы; индивидуальный поиск работы; содействие интеграции инвалида в трудовой коллектив; обучение на рабочем месте; помощь в обучении и долговременная поддержка трудовой занятости.

Поддерживаемое трудоустройство базируется на концепции трудового кураторства. Трудовой куратор (англ. «job coaching») является посредником между инвалидом и работодателем, и персонально участвует в реализации указанных выше составляющих поддерживаемого трудоустройства. В роли трудового куратора может выступать специалист реабилитационного учреждения или учреждения государственной службы занятости. Трудовой куратор помогает инвалиду оценить свои навыки, качества и интересы и найти подходящую работу, где они наиболее востребованы и применимы. Он помогает работодателю оценить потребности инвалида в создании специальных условий работы и специальном оборудовании рабочего места. Также он помогает инвалиду, работодателю и коллегам по работе наладить эффективное и равноправное взаимодействие, придти к взаимопониманию, принимает участие в решении возникающих проблем.

В качестве основы поддерживаемого трудоустройства целесообразно использовать пятиступенчатую модель трудоустройства:[[13]](#footnote-11)

Ступень 1 – Вовлечение

Множество видов деятельности, большинство из которых не уникальны для конкретных видов инвалидности, но могут быть применены и к другим ущемляемым группам. На этой ступени важно предоставить доступную информацию в надлежащей форме, чтобы человек мог сделать осознанный выбор. Все виды деятельности должны быть личностно ориентированы, являться частью согласованного плана действий по поддержке трудоустройства индивидуума на открытом рынке. К концу этой ступени человек сможет принять обоснованное решение о том, хочет ли он принять участие в программе поддерживаемого трудоустройства и желает ли работать с конкретным поставщиком услуг.

Ступень 2 – Профессиональная оценка

На этой ступени выявляются навыки, способности, сильные и слабые стороны человека. В результате создаётся профессиональный профиль, который оказывает влияние на весь оставшийся процесс. Поддерживаемое трудоустройство даёт ищущим работу возможность найти работу в соответствии со своими интересами, желаниями и нуждами. На этой ступени поощряется самостоятельное принятие карьерных решений, разработка собственного рабочего проекта в соответствии с интересами и своими профессиональными способностями. На этой ступени должно применяться личностно-ориентированное планирование.

Ступень 3 – Поиск работы

Это ключевая ступень, которая может повлиять на работодателей и обеспечить соискателя работой. Нет единственного верного пути поиска работы, поэтому нужно рассмотреть все возможности, наилучшим образом отвечающие интересам заинтересованных сторон.

Здесь не указывается, кто должен искать работу, но в любой момент именно соискатель должен полностью контролировать деятельность по поиску. Ему требуется предоставлять полную информацию, необходимую для принятия обоснованных решений.

Независимо от конкретной инвалидности или иного состояния всем управляет соискатель, а служба трудоустройства лишь предоставляет поддержку и консультации. При этом, конечно, существует несколько способов определения подходящего места работы или работодателя.

Ступень 4 – Вовлечение работодателя

Деятельность на этой ступени зависит от того, какую форму принимает взаимодействие с работодателем.

Для текущих целей предположим, что специалист по трудоустройству и, возможно, соискатель, встречаются с работодателем. На этой ступени выясняется, что может работодатель потенциально предложить.

Потенциальные вопросы могут включать в себя:

1. Навыки и опыт, необходимые работодателю.
2. Часы работы (пробная работа или практика).
3. Условия трудоустройства.
4. Трудовая культура.
5. Необходимая соискателю поддержка.
6. Поддержка, которую может оказать поставщик услуг.
7. Поддержка со стороны коллег/работодателя.
8. Тренинг по пониманию инвалидности для сотрудников и работодателя.
9. Требования безопасности.
10. Доступность дополнительного финансирования и поддержки со стороны правительственных программ.
11. Консультации работодателя относительно его обязанностей и ответственности согласно законодательству.

Ступень 5 – Поддержка на рабочем месте и вне работы

Уровень, количество и формы поддержки зависят от потребностей, способностей человека и его окружения. Поддержка – основа поддерживаемого трудоустройства, она присутствует на всех ступенях. Профессиональная поддержка должна постепенно уступать место поддержке со стороны коллег. Уровень поддержки и стратегия её сокращения обсуждается с коллегами, работодателем и самим клиентом.

Разнообразная поддержка помогает человеку надлежащим образом себя вести, работать в команде, быть частью корпоративной культуры, помогает карьерному росту. Она также даёт работодателю инструмент взаимодействия с новым сотрудником и обеспечивает коллегам понимание происходящего, что, в свою очередь, становится «естественной» поддержкой на рабочем месте.

Меры поддержки должны быть личностно-ориентированы, гибки и могут включать в себя:

*поддержку на рабочем месте*

1. Подсказки и помощь по социальным навыкам.
2. Узнавание начальника/коллеги.
3. Определение культуры рабочего места.
4. Поддержка во времени адаптации на рабочем месте.
5. Поддержка работодателя и коллег по работе.
6. Выявление принятых корпоративных обычаев и традиций.
7. Определение возможностей для карьерного роста.

*Поддержку вне работы*

1. Решение практических вопросов (транспортировка, рабочая одежда и т.д.).
2. Обсуждение межличностных отношений на работе.
3. Помощь в оформлении пособий.
4. Поддержание связи со службами здравоохранения/социальной защиты.
5. Консультирование по вопросам, поднятым соискателем.

***Формирование доступной для инвалидов и комфортной для всех среды жизнедеятельности.*** Конвенцией ООН о правах инвалидов, к которой в сентябре 2008 года присоединилась Россия, введено два относительно новых для нашей страны понятия: «универсальный дизайн» и «разумное приспособление». *Универсальный дизайн* означает дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к использованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна. *Разумное приспособление* означает внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод.

Таким образом, универсальный дизайн и разумное приспособление представляют собой инструменты комплексной реабилитации инвалидов, использование которых обеспечивает реализацию их прав наравне с другими людьми, и в то же время они являются средством достижения инвалидами независимости и социальной интеграции.

В России, начиная с 1992 года, проводится активная государственная политика, направленная на приспособление среды жизнедеятельности к потребностям инвалидов. Федеральным законом от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» закреплены государственные гарантии беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, спортивным сооружениям, местам отдыха, культурно-зрелищным и другим учреждениям), а также беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным, междугородным автомобильным транспортом и всеми видами городского и пригородного пассажирского транспорта, средствами связи и информации (включая средства, обеспечивающие дублирование звуковыми сигналами световых сигналов светофоров и устройств, регулирующих движение пешеходов через транспортные коммуникации). Этим же законом, а также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлена административная ответственность за уклонение от исполнения требований к созданию условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур, а также для беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным, междугородным автомобильным транспортом и всеми видами городского и пригородного пассажирского транспорта, средствами связи и информации.

С 1995 года в рамках реализации федеральных целевых (затем – комплексных) программ «Социальная поддержка инвалидов» осуществлялись мероприятия, направленные на формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности. К 2000 году в большей части субъектов Российской Федерации имелись аналогичные региональные целевые программы. К 2004 году в России, практически, полностью был сформирован необходимый пакет нормативно-технических документов в области архитектуры, градостроительства транспорта, связи и информации, которые содержали требования к соответствующим объектам и техническим средствам, обеспечивающие их доступность и возможность использования для инвалидов.

Необходимо учесть, что подготовленные нормативные документы носили специальный характер, т.е. были направлены исключительно на удовлетворение дополнительных потребностей инвалидов. В то же время было очевидно, что многие «специальные» технические или архитектурно-планировочные решения являются удобными для многих категорий населения, которые не являются инвалидами. К такой группе населения относятся, например, *маломобильные* люди: беременные женщины; люди маленького роста, в том числе дети в возрасте до 5-7 лет; пожилые; люди, страдающие заболеваниями опорно-двигательного аппарата, неврологическими заболеваниями; перенёсшие травмы; люди с детскими колясками или тяжестями (сумки, чемоданы и т.п.) и т.д. Общая численность таких людей в нашей стране составляет по разным данным от 30 до 40 млн. человек. Подобная ситуация оказалась сходной во многих странах.

Накопленный опыт и практика формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности демонстрировали, что улучшается не только качество жизни инвалидов, но и намного более широкого круга людей, в том числе испытывающих временные ограничения мобильности. Таким образом, положительный эффект от устранения барьеров для инвалидов испытывает всё общество. Это послужило стимулом к тому, что нормы и правила, первоначально принятые как «специальные» в ряде развитых стран были переведены в категорию «общих». Дальнейшее развитие методологии формирования комфортной техногенной среды привело к появлению понятия «универсального дизайна» - дизайна для всех, когда в большинстве случаев объекты и услуги не требуют дополнительной адаптации для инвалидов.

Внедрение инструмента у*ниверсального дизайна* позволит снизить усилия по выявлению препятствий и барьеров, мешающих доступности объектов и услуг для инвалидов. Но необходимо помнить, что сейчас мы находимся на самой начальной стадии этого процесса*.* Поэтому видимые результаты будут осязаемы только через несколько лет. Сегодня же в процессе реабилитационной диагностики необходимо активно выявлять конкретные средовые факторы и условия, препятствующие реализации прав инвалидов. Полученные результаты должны быть положены в основу реабилитационных программ, обеспечивающих ослабление (устранение) барьеров, включение и вовлечение инвалидов во все сферы жизни.

*Разумное приспособление*, так же как и *универсальный дизайн*, представляет собой как инструмент комплексной реабилитации инвалидов, так и средство достижения инвалидами независимости и социальной интеграции. Комплекс реабилитационных мер в рамках *разумного приспособления* позволяет устранить барьеры, препятствующие инвалидам трудиться и полноценно пользоваться социальной инфраструктурой, и обеспечивающие их включение в социальную жизнь.

*Разумное приспособление*  предполагает целый ряд конкретных мер в зависимости от наличия выявленных дополнительных потребностей со стороны инвалидов. Для инвалидов с нарушением опорно-двигательных функций это могут быть пандусы, специальные туалеты, специальное оснащение рабочих мест и т.д. Применительно к инвалидам с нарушением зрения и слуха речь идёт, например, об использовании специальных носителей информации. Если мы имеем в виду инвалидов с умственной отсталостью, возможно использование специальных адаптированных текстов, наглядных средств измерения и т.п. Но *разумное приспособление* – это не только оборудование и приспособления, т.е. физическая адаптация. Сюда же необходимо включить и гибкие графики работы, условия предоставления отпусков и отгулов, предоставление услуг сурдопереводчиков, содействие в психологической адаптации в компании и на рабочем месте, помощь в решении возникающих проблем с работодателем, коррекция функциональных обязанностей и т.д. Многие из перечисленных задач решаются в рамках представленного ранее поддерживаемого трудоустройства.

Конвенция ООН о правах инвалидов устанавливает границы понятия *«разумного приспособления»*: оно не должно быть несоразмерным или неоправданным бременем. Отсутствие чётких критериев: что такое несоразмерность или неоправданное бремя – безусловно, затруднит реализацию принципа *разумного приспособления.* Шкалирование несоразмерности или неоправданного бремени требует специальных исследований для выработки чётких правил их установления. Тем не менее, ясно, что в основу должны быть положены соотношение «весов» недопущения дискриминации и позитивных для работодателя факторов, справедливости и реальной выгоды, государственной поддержки и собственного вклада работодателя.

**3.3. Комплексная реабилитация инвалидов на основе принципов синергетики**

Многообразие факторов, обусловливающих возникновение у инвалидов ограничений жизнедеятельности, требует *комплексного* подхода к предоставлению реабилитационных услуг. Человека, имеющего ограничения жизнедеятельности, можно представить в виде сложной открытой системы, включающей в себя элементы, характерные для его природы (биологические, психологические, социальные). Инвалидность можно рассматривать как ещё более сложную систему, включающую элементы саногенеза, патогенеза и социогенеза. С помощью реабилитационной диагностики, фактически, выявляется основные свойства этих систем, описываются их параметры, создаётся замысел развития реабилитационного потенциала, избираются необходимые виды, формы и методы реабилитационного воздействия, формируется индивидуальная программа реабилитации.

Потребность в мультидисциплинарной команде возникает уже на этапе реабилитационной диагностики в силу предельной комплексности такого объекта изучения, как человек, который испытывает ограничения жизнедеятельности. Мультидисциплинарная команда (социальные работники, врачи, психологи, педагоги и т.д.) являются проблемно-ориентированными специалистами – каждый в своей области. Но их задача – не «разложить» пациента на отдельные части и проблемы, а, напротив, синтезировать целостную картину развития инвалидности, определить структуру, содержание и значение показателей реабилитационного потенциала, выявить потребности, возникшие в связи с инвалидностью.

Комплексная реабилитация инвалидов, рассматриваемая как система и процесс, также представляет собой взаимоувязанный по направлениям, методам, срокам, исполнителям, ресурсам комплекс мероприятий, направленных на решение выявленных проблем и достижение поставленных целей. Таким образом, при выборе решения и в процессе разработки индивидуальной программы реабилитации специалисты должны интегрировать знания в области, как минимум, трёх систем: 1) человека, испытывающего ограничения жизнедеятельности; 2) среды жизнедеятельности и внешних факторов (социальных, экономических, физических и т.д.); 3) системы реабилитации инвалидов. Ясно, что найти такое решение одному или даже нескольким специалистам узкого профиля без взаимопроникновения в смежные отрасли через «стыки» научных дисциплин не представляется возможным.

Комплексная реабилитация инвалидов не является простой суммой реабилитационных мероприятий. Различные методы реабилитации инвалидов, взаимодействуя друг с другом, могут *усиливать* либо *ослаблять* результирующий эффект. Их набор должен обладать, как минимум, необходимой валидностью, надёжностью, оптимальностью и безопасностью для клиента. Индивидуальный подбор таких методов сегодня осуществляется, в основном, эмпирически, с использованием немногочисленных методических и научных рекомендаций. Научное единство, согласованность и преемственность во взглядах на обоснование выбора реабилитационных мероприятий пока развиты крайне недостаточно.

Между тем, в течение последних 20-30 лет в вопросах объединения и согласования усилий специалистов различного профиля в рамках проведения комплексных мероприятий сделаны серьёзные шаги вперёд. Тенденции к синтезу и объединению различных дисциплин для решения комплексных проблем приводят к возникновению новых отраслей знаний. Одной из таких наук является *синергетика*. «Отцом» синергетики считают немецкого учёного Германа Хагена.

Синергетика (от греч. synergeia – совместное действие) - научная теория о самоорганизации в природе и обществе, как открытых системах. Предметом синергетики являются механизмы образования и сохранения сложных систем, особенно находящихся в отношении устойчивого неравновесия со средой (к последним относятся, в частности, все биотические и социальные организмы). В сферу внимания синергетики попадают нелинейные эффекты эволюции систем любого типа, кризисы и бифуркации – неустойчивые фазы существования, предполагающие множественность сценариев дальнейшего развития. Междисциплинарный потенциал синергетики, общенаучная значимость предмета, стиля мышления и частично математического аппарата обусловили распространение исследовательских приемов на область гуманитарного знания.

Согласно новейшим исследованиям, единство фундаментальных оснований при изучении сложных открытых систем в различных научных направлениях позволяет говорить о синергетической парадигме в современном естествознании, как о едином явлении. Фундаментальным критерием "сложности" в синергетике выступает показатель не статического характера (многоуровневость структурной иерархии объекта и т.п.), но показатель сугубо динамический, — а именно: наличие имманентного *потенциала самоорганизации*.

На I Международной конференции Немецкого общества сложных систем было зафиксировано, что создание концептуальных моделей динамики различных социальных феноменов как процессов самоорганизации, рассмотренных с синергетических позиций, не только имеет чрезвычайно широкое распространение, но и приносит плоды, в частности, в исследованиях особенностей функционирования социальных систем, в процессе создания прикладных социологических моделей и разработки стратегий социального управления и принятия решений.

Синергетический подход[[14]](#footnote-12) и его внедрение в различных отраслях народного хозяйства характерны и для России. Перспективность применения методов синергетики в области реабилитации инвалидов очевидна, но до настоящего научные и практические разработки в этой области в мире отсутствуют. Развитие и теоретическое обоснование методов синергетики должно стать одним из важнейших направлений реабилитологии.

Вместе с тем, уже сегодня должны поощряться попытки внедрять методы синергетики в практическую деятельность реабилитационных учреждений. Одним из направлений практической реализации принципов синергетики могут являться так называемые синергетические матрицы, как инструментов сопоставления, анализа и оценки взаимодействия различных факторов на этапах реабилитационной диагностики и реабилитационного воздействия. Структура, содержание, методы и критерии оценки и анализа синергетических матриц сегодня могут устанавливаться и определяться только эмпирически. Между тем, вряд ли подлежит сомнению утверждение о том, что формализация систем реабилитационного потенциала (синергетическая матрица реабилитационного потенциала), потребностей инвалидов (синергетическая матрица потребностей инвалидов), реабилитационного прогноза (синергетическая матрица прогнозных показателей), оценки эффективности и контроля реабилитации (синергетическая матрица эффективности) позволит выстраивать и предоставлять комплекс реабилитационных услуг на основе новых закономерностей и критериев, сделает его более чувствительным к потребностям инвалидов и общества, обеспечит целостный подход к решению проблем людей, испытывающих ограничения жизнедеятельности.

**3.4. Социальное партнёрство в сфере реабилитации инвалидов**

Установление *партнёрских отношений* с поставщиками реабилитационных услугосновывается на принципе равенства сторон и предполагает формирование продуктивного диалога между всеми тремя секторами общества: государственного, коммерческого и некоммерческого, направленного на открытость информации об объёме, качестве, содержании и эффективности поставляемых реабилитационных услуг, создание атмосферы взаимного доверия. Формы установления партнёрских отношений могут быть различными: от сбора и анализа информации о системе реабилитационных услуг в регионе (муниципальном образовании) до проведения двусторонних (трёхсторонних) встреч, консультаций, тренингов, исследований в фокус-группах и т.п.

При установлении партнёрских отношений с поставщиками реабилитационных услуг необходимо учитывать исторически сложившиеся в России позитивные и негативные аспекты деятельности государственных и негосударственных организаций-поставщиков. Государственные организации в сфере реабилитации инвалидов, как правило, обладают необходимой материальной базой, возможностью предоставления комплекса реабилитационных услуг, имеют достаточно опытный и относительно стабильный штат сотрудников, получают из бюджета средства на текущие расходы. Негосударственные организации, прежде всего общественные организации, как правило, значительно хуже оснащены, у них отсутствует или недостаточен стартовый капитал, возможности предоставления комплексных реабилитационных услуг значительно ограничены, состав исполнителей подвержен колебаниям.

В этих условиях заказчик всегда становится перед выбором: либо отказаться от услуг негосударственных организаций и опираться при размещении заказа только на государственные организации, либо рисковать и идти по пути привлечения на рынок реабилитационных услуг пусть в чём-то более слабых, но новых агентов. Правда, необходимо заметить, что заказчик существенно ограничен в возможности рисковать бюджетными средствами. В такой ситуации необходимо принять во внимание, что разумное и оптимальное по объёму, содержанию и стоимости размещение заказа в негосударственной организации может опираться на творческий креативный подход, свойственный негосударственным организациям, их мобильность и выраженный командный компонент, нередко более глубокое знание и понимание отдельных целевых групп клиентов, более широкие возможности привлечения специалистов извне, незарегулированность, быстрое внедрение инноваций, более низкие издержки и затраты.

Помимо конкурсных механизмов взаимодействия с негосударственными организациями, можно выделить и другие группы механизмов, которые необходимо развивать с целью укрепления партнёрских отношений с поставщиками реабилитационных услуг: социально-технологические, организационно-структурные, процедурные, комплексные или комбинированные[[15]](#footnote-13). Социально-технологические механизмы основываются на инновационных социальных технологиях, созданных негосударственными организациями заново или впервые освоенных в России с использованием зарубежного опыта. Организационно-структурные механизмы характеризуются тем, что органы власти совместно с гражданскими объединениями, действующими на той же территории, образует новую ассоциированную структуру (как правило, юридическое лицо), которой делегируется часть функций в области реабилитации инвалидов через вовлечение граждан и общественных организаций при финансовой поддержке со стороны власти (государственно-частное или государственно-общественное партнёрство). Процедурные механизмы взаимодействия определяют правила сотрудничества негосударственных организаций и власти при решении задач в области реабилитации инвалидов, которые могут оформляться решениями, соглашениями, нормативными правовыми актами и т.д., действующими в течение определённого периода времени. Комплексные или комбинированные механизмы представляют собой такие системы взаимодействия, которые объединяют в себе черты, как минимум, пары из перечисленных выше механизмов.

Для того чтобы негосударственный сектор превратился в *саморазвивающуюся систему*, органы власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления должны приложить необходимые усилия и сформировать политические, экономические и социальные условия, способствующие его развитию. На практике это означает конструирование нового типа социального партнёрства, основанного на взаимовыгодном сотрудничестве в области реабилитации инвалидов. Для достижения поставленной цели органы власти должны владеть информацией об инфраструктуре негосударственного сектора, анализировать его возможности и активность в области предоставления реабилитационных услуг, координировать его сотрудничество с государственными и муниципальными реабилитационными учреждениями, осуществлять поддержку гражданских инициатив, оказывать помощь в подготовке квалифицированных кадров, содействовать преодолению трудностей, связанных с взаимодействием с органами государственной власти и государственными организациями.

Одним из возможных шагов в формировании партнёрских отношений с негосударственными поставщиками реабилитационных услуг может быть развитие модели государственного социального заказа на *низкозатратные реабилитационные услуги* (информирование, консультационные услуги, простые реабилитационно-социальные услуги и т.д.). Реализация такой модели может осуществляться через размещение заказов путём запроса котировок с использованием возможностей функционирующего рынка низкозатратных реабилитационных услуг.

Помимо затратности, могут использоваться и другие критерии, ограничивающие стоимость заказа, размещаемого путём запроса котировок: численность клиентов, территориальные границы предоставления услуг, категории инвалидов, которым оказываются реабилитационные услуги и т.п. Естественно, что для определения этих критериев заказчик должен располагать полученной в результате мониторинга полноценной и достоверной информацией о потребностях инвалидов в таких услугах и возможностях негосударственных организаций в удовлетворении этих потребностей.

**Раздел 4. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

**4.1. Управление качеством реабилитации и деятельности реабилитационных учреждений**

Управление качеством позволяет существенно повысить эффективность предоставления реабилитационных услуг и повысить конкурентоспособность реабилитационного учреждения.Оценка эффективности предоставления реабилитационных услуг представляет собой систему мер, объективно устанавливающих соответствие (уровень, значение) достигнутых результатов процесса реабилитации и функционирования системы реабилитации, которая предусматривает использование определённых инструментов, технологий, норм, правил и эталонов.

Контроль эффективности предоставления реабилитационных услуг устанавливает обратную связь между поставщиком реабилитационных услуг и инвалидом-получателем этих услуг, он ориентирован на удовлетворение потребностей инвалидов и интересов общества, позволяет выявить слабые звенья в системе комплексной реабилитации, нацеливает на успешные результаты, стимулирует развитие и внедрение инноваций, содействует повышению конкурентоспособности организации.

Для измерения эффективности предоставления реабилитационных услуг предварительно необходимо разработать соответствующую шкалу – инструмент измерения, позволяющий сопоставлять события, факты и т.д. Шкала эффективности в порядке возрастания может быть представлена в следующем виде: «отсутствует – минимальная – оптимальная – максимальная». Естественно, что получателя услуг могут удовлетворять только два крайне правых значения этой шкалы.

Оценка эффективности предоставления реабилитационных услуг может носить качественный, количественный или смешанный характер. Источником такой оценки может быть сам поставщик услуг (внутренняя оценка), заказчик или его представитель (внешняя оценка), получатель услуг (самооценка). Осуществляться такая оценка может на основе индивидуальных, групповых, панельных, популяционных или глобальных показателей, По степени сложности показатели могут быть простыми, агрегированными или комплексными. Их природа может быть различна. Это могут быть биологические, физические, экономические, социальные, психологические, информационные, абстрактные и иные показатели. Главное, чтобы они адекватно отражали изменения в структурах и функциях организма, активности и участии человека, влиянии факторов внешней среды. Их выбор должен опираться на степень чувствительности по отношению к изменениям, происходящим во взаимодействии инвалида и общества под влиянием реабилитации**.** Отсутствие чувствительности или низкая чувствительность не позволят уловить положительные изменения, слишком высокая чувствительность – внесёт в результаты измерения ненужный «шум», оптимальная чувствительность – даст возможность наиболее точно оценить результат при минимальных погрешностях измерения.

Оценка эффективности предоставления реабилитационных услуг является управляемой категорией. Такое управление может носить неопределённый характер, быть жёстким или мягким. Наиболее приемлемой формой является адаптивное управление, гибко реагирующее на изменение ситуации предоставления услуги. Важнейшими критериями, определяющими систему управления комплексной реабилитацией, являются сопоставления цели предоставления реабилитационных услуг и реакции получателей этих услуг. В качестве целеполагающих факторов могут использоваться социальные стандарты, нормы, уровни, объёмы, перечни, задания, прогнозы и т.п. Критерии реакции на обратную связь с поставщиком могут быть нечувствительными или малочувствительными (слабое влияние на процесс управления оценкой эффективности), высокочувствительными (адекватное влияние на процесс управления), процессуальными (рассматриваются только действия), ориентированными на конечный результат (управление результатами действий).

С практической точки зрения оптимальным инструментом контроля эффективности предоставления реабилитационных услуг являются *стандарты.* В отечественной практике можно выделить три уровня стандартов: национальные стандарты; региональные стандарты, стандарты учреждений. В настоящее время стандарты всех трёх уровней в области реабилитации инвалидов отсутствуют.

Процесс разработки и внедрения стандартов состоит из следующих этапов:

* организационная подготовка (формирование группы разработчиков, планирование этапов разработки стандартов);
* изучение, фиксация и анализ существующих качества и доступности реабилитационных услуг, основных проблем получателей услуг и других заинтересованных сторон;
* изучение и оценка предпочтений и ожиданий получателей реабилитационных услуг и других заинтересованных сторон;
* разработка политики и целей в области качества;
* установление бизнес-процессов и ответственности, необходимых для достижения целей в области качества;
* установление и определение необходимых ресурсов для достижения целей в области качества;
* разработка процедур в соответствии с предпочтениями получателей услуг;
* расчет затрат на внедрение стандартов;
* написание проектов стандартов;
* разработка методов для измерения результативности и эффективности каждого бизнес-процесса;
* экспертиза и обсуждение проектов стандартов, пилотная апробация стандартов с применением разработанных методов измерения результативности и эффективности;
* утверждение стандартов;
* разработка графика финансирования работ по обеспечению внедрения стандартов;
* разработка и применение инструментов поддержания и постоянного улучшения качества реабилитационных услуг;
* внедрение стандартов;
* мониторинг исполнения и пересмотров стандартов;

Как показывает опыт, разработчики стандартов испытывают наибольшие трудности при установлении и структурировании бизнес-процессов. Бизнес-процесс – это логически упорядоченная совокупность операций, выполнение которой направлено на достижение поставленной цели. Операция – самый низкий уровень декомпозиции бизнес-процесса, представляет собой элемент работы, выполняемой сотрудником или организацией-партнёром. Выполнение бизнес-операций должно быть возложено на разные категории участников бизнес-процессов. Каждый бизнес-процесс имеет свой результат.

В реабилитационном учреждении целесообразно иметь следующий набор стандартов учреждения:

* основополагающие стандарты (термины, определения, нормативно-правовые основы предоставления реабилитационных услуг, соблюдение гражданских прав клиентов и т.д.);
* стандарты предоставления услуг реабилитационной диагностики;
* стандарты предоставления реабилитационных услуг;
* стандарты квалификации персонала;
* стандарты оснащения;
* стандарты вспомогательных бизнес-процессов (проживание, питание, транспортное обслуживание и т.п.);
* стандарты тестирования и апробации новых стандартов, аудита и контроля исполнения стандарта.

В каждом стандарте необходимо указывать основные требования к бизнес-процессам, показатели, характеризующие исполнение стандарта, результат, которого позволяет достигнуть исполнение стандарта.

При разработке указанных стандартов необходимо руководствоваться европейскими принципами качества в сфере реабилитации[[16]](#footnote-14):

Лидерство: организации проявляют лидерство внутри реабилитационного сектора, а также среди широкой общественности путем создания положительного имиджа, борьбы с низкими ожиданиями, передового опыта, более эффективного использования ресурсов, введения новшеств, более открытого и включающего общества.

Права: организации нацелены на защиту и продвижение прав человека, получающего услуги, в плане равных возможностей, равного обращения и равного участия, предоставляя необходимую для выбора информацию и выступая против дискриминации в предоставлении услуг. Этот принцип относится ко всем элементам развития и предоставления услуг, и к ценностям самой организации.

Этика: организации действуют на основе Этического Кодекса, который предписывает уважать достоинство людей, получающих услуги, и их семей или попечителей, не допускать неоправданного риска. Кодекс определяет требования к квалификации людей, работающих в организации, а также способствует достижению социальной справедливости.

Партнерские отношения: организации взаимодействуют с общественными и частными агентствами в данной сфере, с работодателями и представителями рабочих, спонсорами и покупателями, организациями инвалидов, местными группами и семьями и попечителями, с целью достижения непрерывности услуг, а также для более эффективного воздействия от предоставления услуг и более открытого общества.

Участие: организации способствуют участию и включению инвалидов на всех уровнях организации и в обществе. Стремясь к равному участию и включению, организации работают в согласии с образованиями и группами представителей для поддержки интересов и прав, преодоления барьеров, получения образования с целью продвижения равных возможностей.

Ориентированность на человека: организации осуществляют процессы, основанные на потребностях как человека, получающего услуги, так и потенциальных бенефициаров; привлекают пользователей к активному участию в качестве членов команды, предоставляющей услуги; уважают вклад человека, привлекая его к процессу самооценки, запрашивая отзывы от пользователя услуг и его оценку; и ценят личные цели так же, как и цели предоставления услуг. Все процессы подвергаются регулярному пересмотру.

Всеобъемлющие услуги: организации гарантируют, что пользователь услуг имеет доступ к непрерывному процессу предоставления целого спектра услуг, с привлечением сообщества; они ценят вклад всех пользователей и потенциальных партнеров, включая местное сообщество, работодателей и другие заинтересованные группы, и охватывают стадии, начиная с раннего вмешательства и до поддержания и продолжения наблюдения, предоставляя услуги путем привлечения междисциплинарной команды или через межведомственное взаимодействие с другими поставщиками и работодателями.

Нацеленность на результат: организации нацелены на результат, как в плане ощущений, так и достижений; на выгоду для человека, получающего услуги, его семьи/попечителей, работодателей, других заинтересованных групп и сообщества. Они также стремятся достичь оптимальной стоимости для покупателей и спонсоров. Воздействие от предоставления услуг измеряется, отслеживается, и является важным элементом в процессе постоянного улучшения, прозрачности и отчетности.

Постоянное улучшение: организации проявляют инициативу, стремясь удовлетворить потребностям рынка, используя ресурсы более эффективно, разрабатывая и совершенствуя услуги, проводя исследования и разработки для введения новшеств. Они нацелены на развитие и обучение персонала, стремятся к эффективным коммуникациям и маркетингу, ценят отзывы пользователей, спонсоров и заинтересованных сторон, и используют системы постоянного улучшения качества.

Международная организация по стандартизации (ISO) рекомендует для успешного руководства учреждением соблюдать следующие принципы менеджмента качества: 1) ориентация на потребителя; 2) лидерство руководителя; 3) вовлечение работников; 4) процессный подход; 5) системный подход к менеджменту; 6) постоянное улучшение; 7) принятие решений, основанное на фактах; 8) взаимовыгодные отношения с поставщиками. Реабилитационное учреждение должно разработать, задокументировать, внедрить и поддерживать в рабочем состоянии систему менеджмента качества, постоянно улучшать её результативность. Руководитель реабилитационного учреждения должен принимать непосредственное участие в выработке политики в области качества, обеспечении разработки целей в области качества, обеспечении проводимых в области качества работ необходимыми ресурсами, обеспечении ориентации на инвалида-потребителя реабилитационных услуг, нести ответственность за выполнение установленных требований к качеству, осуществлять планирование в области качества, определить зоны ответственности и полномочий сотрудников, наладить обмен информацией между ними по вопросам качества, периодически анализировать и корректировать в сторону улучшения систему менеджмента качества.

Сертификация систем менеджмента качества осуществляется органами по сертификации, имеющими соответствующую аккредитацию.

**4.1. Опыт стандартизации услуг социальной реабилитации в Великобритании**

За последние 20 лет Великобритания накопила значительный опыт в области стандартизации услуг социальной реабилитации. Стандарты, которые будут представлены ниже, применяются во всех областях социального обслуживания, в том числе при оказании социальных и реабилитационных услуг инвалидам.

Национальные минимальные стандарты закрепляют минимальные требования в части объема и порядка оказания социальных услуг, предъявляемые государством к поставщикам данных услуг на территории Англии и Уэльса, и являются обязательными для исполнения в перечисленных ниже учреждениях социального обслуживания, предоставляющих услуги для взрослого населения Англии и Уэльса. Функции по контролю над деятельностью этих учреждений в настоящее время входят в компетенцию **Инспекционной комиссии по контролю качества социального обслуживания. К перечисленным учреждениям относятся:**

* стационарные учреждения социального обслуживания (интернаты) для лиц в возрасте от 65 лет;
* стационарные учреждения социального обслуживания (интернаты) для лиц в возрасте от 18 до 64 лет;
* учреждения, осуществляющие социально-бытовое обслуживание граждан на дому;
* учреждения, обеспечивающие иные формы устройства/проживания и социального обслуживания лиц, достигших совершеннолетия;
* учреждения, осуществляющие медико-санитарное сопровождение.

История современной британской системы стандартизации и контроля качества социальных услуг берет начало в «Белой книге», опубликованной Департаментом здравоохранения правительства Великобритании в 1998 г. В этом документе руководство страны выразило беспокойство по поводу «заметной дифференциации уровня объема и качества социальных услуг», оказываемых в различных населенных пунктах Англии и Уэльса, и представило долговременную программу реформирования сферы социального обслуживания. Одной из задач этой программы стало внедрение минимальных государственных стандартов. В рамках осуществления данной задачи в 2000 году был принят новаторский по своему содержанию Закон о стандартизации в области медико-социального обслуживания, наделяющий министра здравоохранения и Национальную ассамблею Уэльса полномочиями по учреждению национальных минимальных стандартов, обязательных для исполнения всеми организациями, занятыми в сфере оказания социальных услуг населению.

**Функции по обеспечению реализации минимальных государственных стандартов на территории Англии были возложены на специально созданную Национальную комиссию контроля над соблюдением стандартов качества медико-социального обслуживания населения. Органом, ответственным за реализацию стандартов на территории Уэльса стала Инспекция по контролю соблюдения стандартов социального обслуживания населения Уэльса. В апреле 2004 года Национальная комиссия контроля соблюдения стандартов качества медико-социального обслуживания населения была расформирована, а ее функции перешли к Инспекционной комиссии по контролю качества социального обслуживания. В апреле 2007 году Инспекция по контролю соблюдения стандартов социального обслуживания населения Уэльса вошла в состав Инспекции по контролю оказания медико-социальных услуг на территории Уэльса. Полномочия по надзору в области обеспечения социальных услуг детям были включены в компетенцию Управления по стандартизации услуг в области образования и профессиональной подготовки**[[17]](#footnote-15)**.**

В 2010 годув соответствии с предписаниями планирующегося к принятию законопроекта о здравоохранении и социальном обслуживании населения будет создан новый орган, регулирующий объем и порядок предоставления медико-социальных услуг населению — **Комиссия по контролю за качеством медико-социального обслуживания населения. Эта структура совместит в себе функции трех действующих в настоящий момент органов: Инспекционной комиссии по контролю качества социального обслуживания, Комиссии по здравоохранению и Комиссии** по охране психического здоровья. Помимо этого, по инициативе правительства начнется внедрение новой системы государственной регистрации учреждений сферы медико-санитарного и социально-бытового обслуживания населения. Новая система заменит ныне действующие механизмы регистрации, сформированные в соответствии с Законом о стандартах в области медико-социального обслуживания 2000 года.

Наряду с национальными минимальными стандартами в Великобритании действуют правила, регулирующие объем и порядок оказания социальных услуг населению. Правила представляют собой законодательно закрепленные требования, соблюдение которых для учреждений сферы медико-санитарного и социально-бытового обслуживания населения является необходимым условием для получения государственной регистрации. За нарушение указанных требований предусмотрены санкции, в том числе отмена регистрации, дающей право на ведение деятельности в сфере медико-санитарного и социально-бытового обслуживания населения. Ответственность за нарушение стандартов законом не предусмотрена; таким образом, стандарты служат лишь ориентирами минимального допустимого уровня качества и объема социальных услуг для поставщиков, заказчиков и конечных потребителей. Стандарты также используются надзорными органами при оценке степени соблюдения поставщиками правил оказания социальных услуг населению.

Органы местного управления конкретизируют положения национальных минимальных стандартов и на их основе разрабатывают стандарты различных социальных услуг для различных целевых групп клиентов.Местные стандарты формируются в рамках утвержденных национальных минимальных стандартов с учетом потребностей местного населения.

В Великобритании не предусмотрены отдельные стандарты реабилитационного обслуживания для людей с ограниченными возможностями. Оценка качества и объема медико-социальных услуг, предназначенных для инвалидов, осуществляется на основе требований общих стандартов социального обслуживания, утверждаемых местными органами власти в каждом регионе.

**В качестве примера использующихся в Великобритании стандартов рассмотрим комплекс стандартов социально-бытового обслуживания лиц преклонного возраста, проживающих в стационарных учреждениях, пересматривавшийся в последний раз в 2003 году (приложение 1). Комплекс включает 38 стандартов, регулирующих целый ряд характеристик социально-бытового обслуживания, в том числе возможность выбора учреждения и форм оказания медико-санитарных и социально-бытовых услуг, организация повседневного времяпрепровождения и досуга, порядок приема и рассмотрения жалоб, защита от насилия и эксплуатации, условия проживания, укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация, управление и административная структура. Стандарты, в частности, устанавливают следующие критерии оценки качества социального обслуживания:**

* по меньшей мере, 50% численности персонала, непосредственно занятого в оказании медико-санитарного и социально-бытового обслуживания (за исключением сотрудников руководящего состава), к 2005 году должны составлять специалисты, имеющие профессионально-техническую квалификацию второго уровня (или эквивалентную ей);
* клиентам учреждения предоставляется возможность принимать посетителей в любое разумное время. Учреждение поощряет и создает условия для участия клиентов в местных общественных мероприятиях.
* площадь, занимаемая учреждением, должна обеспечивать размещение клиентов и предоставление им услуг в соответствии с нормами, утвержденными в установленном порядке.

**В настоящее время функции по обеспечению гарантий качества услуг, предоставляемых органами местного самоуправления, входят в полномочия Инспекционной комиссии контроля качества социального обслуживания. Оценка качества обслуживания основана на сопоставлении результатов фактически предоставленных услуг с контрольными показателями *шести* национальных стандартов качества.**

|  |
| --- |
| **1. Приоритеты и стратегические цели государственной политики**  Местный совет взаимодействует с организациями и учреждениями, предоставляющими медико-социальные услуги, в целях обеспечения соответствия их деятельности приоритетам государственной политики в области медико-санитарного и социально-бытового обслуживания:   * местным советом разработана последовательная концепция развития системы медико-социального обслуживания местногонаселения, основанная на анализе потребностей местного сообщества и соответствующая приоритетам национальной социальной политики; * местные жители-потребители услуг, их семьи и широкая общественность принимают активное участие в совершенствовании системы услуг. |
| **2. Стоимость и эффективность социальных услуг**  Местный совет на конкурсной основе определяет поставщиков социальных услуг и обеспечивает оказание этих услуг населению в соответствии с установленными стандартами качества и принципами экономической эффективности. В организации обеспечения услуг населению местный совет добивается как можно более высоких показателей качества в рамках фактически имеющихся ресурсов:   * закупка услуг осуществляется на основе тщательного анализа потребностей местного сообщества, в том числе входящих в его состав этнических меньшинств. При заказе услуг местный совет руководствуется четкой стратегией распределения ресурсов, нацеленной на повышение качества обслуживания населения и оптимизацию использования ресурсов. Местный совет активно изучает возможности социального партнерства с предприятиями коммерческого и общественного сектора; * местный совет прилагает особые усилия в целях повышения эффективности обслуживания населения и активизации экономически целесообразных совместных проектов в социальной сфере; * управляя ресурсами, местный совет придерживается жесткой установки на объективность, честность и прозрачность. Управление местным бюджетом осуществляется квалифицированными специалистами. Совет четко определяет полномочия и ответственность за расходование бюджетных средств. |
| **3. Эффективность социальных услуг для инвалидов и членов их семей**  Социальные службы способствуют расширению самостоятельности и независимости клиентов, обеспечивают защиту от нарушения их прав и интересов, а также содействуют максимальной реализации их личного потенциала:   * расширение самостоятельности клиентов и их семей благодаря социальным услугам позволяет минимизировать и компенсировать ограничения жизнедеятельности, улучшить психологический климат в семье, предотвратить кризисные ситуации; * местный совет обеспечивает широкое разнообразие услуг, разработанных с учетом потребностей местного населения, в том числе различных категорий уязвимых граждан. При оказании услуг конкретным потребителям учитываются их индивидуальные потребности и интересы; * местный совет предлагает ряд услуг для членов семьи, осуществляющих основной уход за лицами с ограниченными возможностями жизнедеятельности; * потребители услуг защищены от притеснений, унижения и пренебрежительного обращения. |
| **4. Качество услуг, оказываемых социально уязвимым гражданам и их семьям**  Результатом услуг, оказываемых социально уязвимым гражданам и их семьям, является улучшение условий жизни клиентов. Услуги отвечают индивидуальным потребностям и предпочтениям клиентов:   * в целях обеспечения своевременных и доступных социальных услуг, отвечающих потребностям и предпочтениям клиентов, местным советом разработан порядок принятия запросов от граждан, оценки их потребностей, формирования индивидуальных программ медико-социального обслуживания и их пересмотра; * разработана и успешно функционирует система управления качеством и обработки жалоб, обеспечивающая единый уровень качества услуг во всех учреждениях социального обслуживания независимо от их месторасположения, формы собственности и ведомственной принадлежности. |
| **5. Равный доступ**  Социально уязвимые граждане и их семьи имеют бесперебойный равный доступ к услугам, обеспечиваемым местным советом самостоятельно или в партнерстве с другими организациями государственного и негосударственного сектора:   * социальные услуги отражают потребности местного сообщества и предоставляются гражданам на равной основе, а порядок их оказания соответствует действующему законодательству в области охраны здоровья и социальной защиты. Персонал учреждений социального обслуживания признает ценность человеческого многообразия и поддерживает политику расширения социальной интеграции; * доступ к услугам обеспечивается с учетом распространенных в местном сообществе социокультурных установок и традиций и гарантируется всем без исключения гражданам. |
| **6. Предпосылки к совершенствованию**  Местный совет предпринимает все необходимые меры, в том числе по развитию социального партнерства, в целях обеспечения условий для непрерывного и последовательного совершенствования системы оказания социальных услуг населению:   * местный совет и его партнеры предпринимают необходимые меры (утверждают соответствующие стратегии, планы, задачи) по поддержанию уже достигнутых результатов в области социального обслуживания населения; * в отношении руководящих кадров осуществляются регулярные процедуры оценки эффективности.Оценка деятельности руководства осуществляется путем изучения динамики показателей эффективности оказанных населению услуг. |

В основу упомянутых выше стандартов был заложен комплекс принципов, в полной мере согласующихся с идеологией Конвенции ООН о правах инвалидов. Перечень нормативно-правовых документов, в соответствии с которыми были разработаны эти принципы, приведен далее в рамках настоящего раздела.

1. *Как можно более высокий уровень качества социальных услуг.* Каждый отдел социального обслуживания населения должен стремиться к достижению максимально высокого уровня качества обслуживания в рамках установленного бюджета. Помимо бюджетных средств, для финансирования социальных услуг по возможности привлекаются дополнительные внешние ресурсы и источники.
2. *Социальное обслуживание должно обеспечивать реализацию прав уязвимых категорий населения, закрепленных в законодательстве Великобритании и Европейского Союза*, в том числе права на доступ к товарам, услугам (в частности, право на доступ к информации) и объектам социальной инфраструктуры и право на защиту от дискриминации, притеснений, эксплуатации, насилия, пыток и жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания: Закон о запрете дискриминации инвалидов (1995), Закон о правах человека (1998).
3. *Свободный и равноправный доступ к социальному обслуживанию для всех категорий населения.* Всем гражданам, вне зависимости от их социально-экономического статуса или от наличия, отсутствия или степени тяжести инвалидности, должен обеспечиваться равноправный доступ к информации, знаниям и услугам. Особое внимание при этом должно уделяться обеспечению потребностей людей с нарушениями умственного развития, а также обеспечению потребностей представителей расовых и этнических меньшинств.
4. *Максимальное соответствие социального и реабилитационного обслуживания потребностям, ожиданиям и пожеланиям клиентов.* Гражданам должна быть обеспечена возможность выбора услуг, а также средств и методов их оказания. Основными принципами обслуживания являются расширение возможностей клиента вести полноценную, самостоятельную и независимую жизнь, а также уважение личного достоинства клиентов.
5. *Обеспечение бесперебойного оказания взаимодополняющих социальных услуг.*Для реализации этого принципа отделы социального обслуживания населения должны поддерживать эффективное взаимодействие с другими государственными, общественными и частными организациями, осуществляющими медицинское, бытовое и социальное обслуживание граждан с нарушениями зрения и физическими дефектами.
6. *Ключевая роль членов семьи в реабилитации людей с ограниченными возможностями.* Государство поощряет и поддерживает людей, обеспечивающих уход за родственниками и близкими с нарушениями зрения и/или физическими дефектами.
7. *Социальные и реабилитационные услуги содействуют интеграции инвалидов в общество.*Многие люди с физическими дефектами и/или нарушениями функций зрения исключены из общественной жизни и относятся к наиболее экономически уязвимым категориям населения. Отделы социального обслуживания населения должны разрабатывать эффективные механизмы компенсации для устранения дискриминации и поощрять другие организации и учреждения, выступающие с подобными инициативами.

Основу нормативного правового регулирования в сфере социальной защиты населения составляют следующие акты:

### Законодательство, регулирующее отношения в сфере социального обслуживания взрослого населения:

|  |  |
| --- | --- |
| * Закон 1999 г. об обеспечении равного доступа к правосудию; * Закон 2000 г. о детях-инвалидах и лицах, осуществляющих уход за ними; * Закон 2006 г. о лицах, осуществляющих уход за гражданами с ограниченными возможностями; * Закон 2000 г. о стандартизации в области медико-социального обслуживания; * Закон 1989 г. о социальной защите детей; * Закон 1970 г. о социальной защите лиц с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями; * Закон 1990 г. об оказании медико-социальных услуг по месту жительства; * Закон 1984 г. о защите личной информации; * Закон 2003 г. о порядке продления сроков стационарного лечения; * Закон 2001 г. о прямых выплатах; * Закон 1986 г. о социальной защите инвалидов; * Закон 1995 г. о защите инвалидов от дискриминации; | * Закон 2000 г. об обеспечении доступности и гласности информации; * Закон 1998 г. о правах человека; * Законы 1999, 2002 и 2006 г. об иммиграции, гражданстве и предоставлении политического убежища; * Закон 2007 г. о полномочиях органов местного самоуправления в сфере здравоохранения; * Закон 2005 г. об охране психического здоровья; * Закон 1983 г. об охране психического здоровья; * Закон 1948 г. о порядке предоставления государственной социальной помощи; * Национальный закон 2000 г. о стандартизации в области медико-социального обслуживания; * Законы 1977 и 1999 г. о национальной системе здравоохранения; * Закон 2007 г. о трибуналах, судах и исполнении решений органов государственной власти; * Закон 2007 г. о реформе системы социального обеспечения. |

### б) Национальные директивы в области социального обслуживания взрослого населения

|  |  |
| --- | --- |
| * Обеспечение равного доступа к медико-санитарным услугам; * Укрепление благосостояния и обеспечение личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор; * Распространение информации о социальном обслуживании; * Обеспечение равного доступа к социально-бытовым услугам; * Обеспечение справедливых тарифов в сфере социального обслуживания; * Стратегия укрепления здоровья населения и сокращения неравенства в вопросах охраны здоровья; * Соглашения между центральным правительством и органами местного управления; * Программа развития местного сообщества; * Модернизация сферы социальных услуг; * Поощрение самостоятельности, укрепление социальной защиты, повышение стандартов качества; * Модернизация сферы местного самоуправления. Укрепление местной власти. Качество публичных услуг; * Национальные стандарты медико-социального обслуживания; * Выявление и пресечение фактов насилия и жестокого обращения с совершеннолетними лицами, относящимися к категории социально уязвимых граждан; | * Оказание медико-социальных услуг лицам, нуждающимся в длительном или пожизненном обслуживании; * Длительный медико-санитарный уход; * Соглашение об оказании публичных услуг № 17; * Соглашение об оказании публичных услуг № 18; * Соглашение об оказании публичных услуг № 19; * Соглашения об оказании публичных услуг; * Соглашение о проведении коренной реформы в области оказания социальной помощи «Главное — забота о людях»; * Оказание помощи в принятии решений лицам с тяжелыми психическими заболеваниями или ослабленными умственными способностями; * Социальная защита совершеннолетних лиц, относящихся к категории социально уязвимых граждан — комплекс национальных стандартов; * Реформа системы социального обслуживания населения; * Стратегия развития социального обслуживания лиц с ослабленными умственными способностями; * Стратегия совершенствования; медико-санитарного обслуживания; * Планирование работы в области социального обслуживания и основные цели; * Соглашение об оказании публичных услуг № 16. |

### Кроме того, в Великобритании действуют многочисленные нормативно-правовые акты и директивы правительства, регулирующие вопросы оказания медико-социальных услуг детям.

Стандарты формируют методическую основу, необходимую для контроля эффективности и оценки динамики изменений во всех областях жизнедеятельности человека. Результаты последних контрольных мероприятий в отношении поставщиков медико-санитарных и социально-бытовых услуг представлены в докладе **Инспекционной комиссии по контролю качества социального обслуживания «Состояние в сфере медико-социального обслуживания населения в Англии — 2007-2008 гг.».** В докладе, в частности, приводятся следующие данные за 2007 год:

* уровень выполнения стандартов качества в стационарных учреждениях социального обслуживания для лиц преклонного возраста в среднем составил 80% против 59% в 2003 году;
* уровень выполнения стандартов качества в стационарных учреждениях социального обслуживания для лиц, достигших совершеннолетия, в среднем составил 83% против 63% в 2003 году;
* уровень выполнения стандартов качества учреждениями, оказывающими надомные социально-бытовые услуги, в среднем составил 78% против 65% в 2005 году.

Наряду с этим, серьезную озабоченность вызывает снижение роста эффективности по ряду конкретных направлений социального обслуживания (рост уровня выполнения стандартов качества некоторых услуг, оказываемых клиентам стационарных учреждений, составил в среднем всего 1%. При этом уровень выполнения стандартов по каждой из услуг существенно варьировал).

Стационарные учреждения социального обслуживания для лиц преклонного возраста в среднем на 88% выполнили требования, касающиеся уважения личного достоинства клиентов, однако показатель выполнения требований обеспечения безопасности труда персонала составил всего 61%.

В своем докладе Инспекционная комиссия также подчеркнула, что национальные минимальные стандарты были введены в действие всего пять лет назад, и эффективность обслуживания все еще нередко определяется объёмом приложенных усилий, а не конечным результатом. Таким образом, формальное соблюдение определенных стандартов может означать лишь наличие надлежащим образом оформленных руководств, правил и инструкций, подчас не имеющих ничего общего с фактической практикой деятельности учреждений.

Инспекционная комиссия выразила критическую позицию по отношению к стандартам еще в 2004 году в рамках своего доклада «*На страже качества жизни*». Еще одним серьёзным поводом для критики явился тот факт, что стандарты не предусматривают способов градации удовлетворительных уровней качества.

Никаких серьезных действий в ответ на эту критику пока не последовало, однако после вступления в 2009 году в силу нового закона о здравоохранении и социальном обслуживании и создания Комиссии по контролю качества медико-социального обслуживания населения Департамент здравоохранения планирует приступить к модернизации стандартов социальной сферы. Между тем, Инспекционная комиссия уже пересмотрела свои подходы к регулированию и контролю деятельности учреждений, занятых в области оказания социальных услуг населению. Суть нового подхода заключается в том, что конечный результат, т.е. достигнутый уровень удовлетворения потребностей потребителей, будет рассматриваться в качестве ключевого фактора оценки эффективности деятельности этих учреждений.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Реализация рекомендаций, изложенных в данном пособии, предполагает эволюционный путь совершенствования предоставления реабилитационных услуг.

Внедрение инновационных технологий позволяет существенно повысить эффективность и результативность реабилитации, добиться заметных преимуществ перед другими поставщиками и, тем самым, повысить свою конкурентоспособность на рынке реабилитационных услуг.

Инновационные технологии реабилитации инвалидов могут отражать различные аспекты системы и процесса реабилитации: организационные, управленческие, технологические, технические и т.п. Но их суть одинакова – они относятся к категории нововведений, опирающихся на достижения науки и техники в области реабилитации инвалидов. Нововведения приводят к позитивным качественным изменениям в системе и процессе реабилитации, позволяют более рационально и эффективно использовать материальные, экономические, социальные и иные ресурсы.

Эволюция инноваций в области реабилитации инвалидов представляет собой системный процесс. Простой переход от идеи к новой реабилитационной услуге развивается по линейной траектории движения от нового знания к новому продукту. Системный процесс включает в такой переход дополнительные промежуточные элементы и обратные связи: внешнюю среду, взаимодействия между людьми, взаимодействия людей со средой, организационные взаимодействия, перекрёстные взаимодействия и т.д. Инновационные технологии предоставления реабилитационных услуг, являясь составной частью инновационной стратегии реабилитации инвалидов, тесно взаимосвязаны с другими областями этой стратегии: инновационными продуктами, бизнес-моделями, организацией, процессами, инновационным маркетингом.

Инновационные технологии реабилитации инвалидов должны внедряться в практику поэтапно. Слишком высока цена возможных рисков. В этом смысле разумный консерватизм является лучшим спутником социальных инноваций. На первом (подготовительном) этапе одним из необходимых условий внедрения инноваций является установление партнёрских отношений с клиентами реабилитационных учреждений, для которых создаются инновации. Это предусматривает вовлечение инвалидов, членов их семей, попечителей, общественные организации в качестве *соинноваторов*, которые сотрудничают в процессе внедрения новых реабилитационных услуг с руководителями реабилитационных учреждений, разработчиками инноваций, участвуют в работе коллегиальных органов, взаимодействуют с персоналом и т.д.

Другим важнейшим условием, формируемом на подготовительном этапе, является *готовность* реабилитационного учреждения к инновационной деятельности. Это предполагает, прежде всего, *готовность руководителей, сотрудников, персонала учреждений* квалифицированно осуществлять инновационную деятельность, а также формирование *рабочей среды*, обеспечивающей внедрение инноваций.

Руководители реабилитационного учреждения должны формировать инновационный стиль работы, задавать тон и определять направления инновационной деятельности, формировать «прокладывающие путь» кросс-функциональные мультидисциплинарные команды. С этой целью в реабилитационном учреждении должна быть создана корпоративная архитектура нормативных документов, обеспечивающих его инновационное развитие. Структура корпоративной архитектуры может включать оформленные надлежащим образом политику учреждения, уставные документы, регламенты, положения о подразделениях, должностные инструкции, стандарты, программы, планы, порядки, методики, модели, нормативно-справочную информацию. Сотрудники-инноваторы и персонал учреждения должен быть наделён определёнными обязанностями и полномочиями, закреплёнными в указанных документах.

*Рабочая среда реабилитационного учреждения*  должна состоять из процессов, практик и систем, поддерживающих инновации, иметь корпоративную культуру, воспринимающую инновации, как очевидную необходимость для развития учреждения, опираться на участие сотрудников и персонала в реализации поставленных целей и их осознанную поддержку этой деятельности. После подготовки почвы, для того, чтобы «зёрна инноваций» проросли, можно приступать ко второму этапу (инновационной диагностики). На этом этапе необходимо спрогнозировать и предусмотреть возникновение возможных проблем, связанных с конкретным нововведением, процессами, условиями и средой его внедрения, определить пути их решения. Третий этап (внедрения) предусматривает реализацию нововведения в рамках чётко очерченной схемы. Такая схема одновременно должна быть и достаточно гибкой, перенастраиваемой, предусматривать возможность оперативной корректировки реабилитационного воздействия в зависимости от информации, поступающей по каналам обратной связи (результаты измерений, социологических опросов, ситуационных факторов и т.п.). На четвёртом этапе (оценки ближайших и отдалённых последствий) проводят окончательное сравнение полученных результатов и поставленных целей, осуществляют заключительные корректировки, утверждают нормативный документ, регламентирующий внедрение инновации, по возможности, в установленном порядке юридически закрепляют авторские права. Безусловно, предлагаемый алгоритм внедрения инновационной реабилитационной технологии, является примерным и может быть скорректирован в зависимости от конкретных условий и особенностей деятельности реабилитационного учреждения. Возможная средняя продолжительность реализации такого алгоритма может составлять от одного до трёх лет.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**Выдержка из Национальных минимальных стандартов в области организации социального обслуживания граждан в стационарных учреждениях Англии и Уэльса (2001 г.)**[[18]](#footnote-16)

*Примечание*

В настоящем документе представлены требования национальных минимальных стандартов, опубликованных Министерством здравоохранения в рамках Закона о стандартизации в области медико-социального обслуживания (раздел 23.1). В соответствии с разделом 3 указанного закона, требования распространяются на стационарные учреждения, предоставляющие медико-санитарное и социально-бытовое обслуживание для лиц преклонного возраста.

***1. Свобода выбора учреждения (стандарты 1–6)***

Информация

Договор об обслуживании

Оценка индивидуальных потребностей

Прием посетителей

Предварительное посещение

Временное обслуживание

**2. Медико-санитарное и социально-бытовое обслуживание (стандарты 7–11)**

Индивидуальная программа обслуживания

Охрана здоровья

Прием лекарственных средств

Неприкосновенность частной жизни и охрана личного достоинства

Окончание жизни

**3. Организация повседневного времяпрепровождения и досуга (стандарты 12–**15)

Организация повседневного времяпрепровождения

Прием посетителей и участие в местных общественных мероприятиях

Независимость и свобода выбора

Организация питания и расписание приемов пищи

**4. Порядок подачи жалоб и защита от притеснений, унижения и пренебрежительного обращения (стандарты 16–18)**

Порядок подачи жалоб

Обеспечение прав

Защита от насилия, притеснений и унижения

**5. Условия проживания и обслуживания (стандарты 19–26)**

Размещение учреждения

Помещения общего пользования

Туалеты и душевые/ванные комнаты

Оборудование и приспособления

Размещение клиентов: требования к площади жилых помещений (комнат)

Размещение клиентов: мебель и бытовые приспособления

Услуги: отопление и освещение

Услуги: санитарно-гигиенические условия и санитарно-эпидемиологический контроль

***6. Укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация (стандарты 27–30)***

Укомплектованность учреждения специалистами

Квалификация специалистов

Прием на работу персонала

Обучение и повышение квалификации персонала

***7. Управление деятельностью учреждения и административная структура (стандарты 31–38)***

Управление оперативной деятельностью учреждения

Создание и поддержание благоприятного психологического климата

Контроль качества обслуживания

Финансовое управление

Личные финансы клиентов

Контроль работы персонала

Отчетность

Безопасность труда

**СТАНДАРТЫ И ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

**ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ**

**Потенциальные клиенты обеспечиваются всей информацией об учреждении, необходимой для совершения обоснованного выбора в пользу того или иного стационарного учреждения социального обслуживания.**

**СТАНДАРТ 1**

Специалисты учреждения предоставляют клиентам и целевым группам потребителей информацию о целях, задачах и принципах деятельности учреждения, социальных услугах, предоставляемых учреждением, порядке и условиях их оказания, а также внутреннем распорядке учреждения. Информационные материалы учреждения подтверждают соответствие созданных в учреждении условий проживания и обслуживания требованиям стандартов 20.1, 20.4, 21.3, 21.4, 22.2, 22.5, 23.3 и 23.10 и содержат краткий перечень этих условий.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

До начала обслуживания каждому клиенту предоставляется информация о порядке и условиях оказания услуг либо в письменной форме заключается договор, определяющий порядок и условия оказания услуг.

# СТАНДАРТ 2

Клиентам учреждения в предварительном порядке (до начала оказания услуг) предоставляется информация об услугах и условиях их оказания (либо копия договора, если услуги оплачиваются самим клиентом).

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Учреждение в предварительном порядке (до начала оказания услуг) оценивает потребности каждого клиента с тем, чтобы обеспечить гарантии их удовлетворения.

# СТАНДАРТ 3

Принятие (зачисление) клиента на обслуживание осуществляется на основе комплексной оценки потребностей, осуществленной специалистами учреждения, обладающими необходимой квалификацией, при участии самого клиента, его представителей/родственников, а при необходимости — других независимых специалистов.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты и их представители уверены в том, что услуги учреждения отвечают их потребностям.

# СТАНДАРТ 4

Специалисты учреждения знакомят клиента и его представителей с обстановкой, условиями и техническим оснащением учреждения и предоставляет всю необходимую информацию.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Потенциальным клиентам, а также их родственникам и/или представителям, обеспечена возможность предварительно посетить учреждение и оценить качество обслуживания, оснащение и соответствие учреждения потребностям клиента.

# СТАНДАРТ 5

В целях ознакомления потенциальных клиентов и/их представителей с условиями пребывания в учреждении им предоставляется возможность предварительного посещения учреждения либо устанавливается пробный период обслуживания, по истечении которого клиенты и/или их представители принимают решение о последующем обслуживании. Отступления от установленного порядка принятия (зачисления) клиентов допускаются лишь в исключительных случаях.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиентам, поступившим в учреждение на временное обслуживание, обеспечиваются возможности для достижения наибольшей степени самостоятельности и независимости и успешного возвращения из учреждения к повседневной жизни.

# СТАНДАРТ 6

Комплекс услуг по временному уходу предусматривает обеспечение клиенту специальных условий, приспособлений, оборудования и осуществление мероприятий, способствующих интенсивной реабилитации и скорейшему возвращению клиента из учреждения к повседневной жизни.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Потребности клиента в медико-санитарных и социально-бытовых услугах изложены в индивидуальной программе обслуживания.

# СТАНДАРТ 7

Индивидуальная программа обслуживания разрабатывается на основе всесторонней оценки потребностей клиента (см. Стандарт 3) и составляет методическую основу оказания услуг.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

При необходимости клиентам оказывается помощь в принятии решений, касающихся их жизни.

# СТАНДАРТ 8

Персонал учреждения обеспечивает охрану здоровья клиентов и доступ к медицинским услугам, необходимым для удовлетворения установленных потребностей.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения по возможности самостоятельно контролируют прием необходимых им лекарственных средств. В целях охраны здоровья клиентов в учреждении действует инструкция по обращению с лекарственными средствами.

# СТАНДАРТ 9

Руководство учреждения отвечает за наличие в учреждении инструкции по обращению с лекарственными средствами, за соблюдение персоналом установленного порядка получения, регистрации, хранения, обращения, отпуска и утилизации лекарственных средств и за обеспечение клиентам возможности по их желанию самостоятельно контролировать прием необходимых им лекарственных средств без риска для их жизни и здоровья.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения ощущают уважительное отношение персонала и удовлетворены уровнем защиты неприкосновенности своей частной жизни.

# СТАНДАРТ 10

При оказании услуг клиенту гарантируется неприкосновенность частной жизни и уважение личного достоинства. ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения уверены в том, что в последние дни жизни они будут окружены заботой и вниманием персонала.

# СТАНДАРТ 11

Клиенты учреждения, находящиеся в терминальной фазе, окружены особым вниманием и заботой, а окончание их жизни отмечается в соответствии с ритуалами, принятыми в их культуре и религии.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения удовлетворены тем, как организовано их повседневное времяпрепровождение, и высоко оценивают уровень соответствия досуговых мероприятий своим социокультурным и религиозным интересам и потребностям.

# СТАНДАРТ 12

Организация повседневного времяпрепровождения клиентов в учреждении гибко учитывает личные пожелания и предпочтения клиентов. Клиентам предоставляется широкий выбор досуговых мероприятий, способный удовлетворить разнообразные социокультурные и религиозные потребности.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

При желании клиенты учреждения поддерживают связи с родственниками, друзьями и местным сообществом.

# СТАНДАРТ 13

Клиентам учреждения предоставляется возможность принимать посетителей в любое разумное время. Учреждение поощряет и создает условия для участия клиентов в местных общественных мероприятиях.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиентам учреждения предоставляется помощь в осуществлении независимого выбора и принятии решений, касающихся их жизни.

# СТАНДАРТ 14

Руководство учреждения предпринимает все необходимые меры для обеспечения клиентам максимальной степени независимости и свободы выбора в вопросах, касающихся их жизни.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения обеспечиваются качественным, полноценным, разнообразным и сбалансированным питанием. В помещениях, предназначенных для приема пищи, создана приятная обстановка. Расписание приемов пищи сформировано с учетом пожеланий клиентов.

# СТАНДАРТ 15

Учреждение гарантирует клиентам полноценный, сбалансированный и разнообразный рацион питания, сформированный на основе пожеланий и выявленных индивидуальных потребностей клиентов. Прием пищи осуществляется в приятной обстановке, в соответствии с гибким расписанием.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения и их представители/родственники уверены в том, что руководство учреждения надлежащим образом рассмотрит их жалобы и примет по ним необходимые меры.

# СТАНДАРТ 16

Руководство учреждения устанавливает простой и доступный для клиентов порядок подачи жалоб, а также порядок и сроки рассмотрения жалоб и принятия мер по устранению их причин. Руководство осуществляет контроль за своевременным и эффективным принятием мер по поступающим от клиентов жалобам.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Законные права и интересы клиентов учреждения надежно защищены.

# СТАНДАРТ 17

Учреждение охраняет законные права клиентов и поощряет их в осуществлении этих прав и в участии в демократическом процессе.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения защищены от притеснений, унижения и пренебрежительного обращения.

# СТАНДАРТ 18

Учреждение в установленном порядке обеспечивает клиентам защиту от насилия и притеснений физического, финансового, психологического и сексуального характера, а также от унижения, дискриминации, жестокого и бесчеловечного обращения в результате умышленных действий, небрежности или халатности.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Помещение, в котором проживают клиенты учреждения, отвечает требованиям безопасности и поддерживается в хорошем состоянии.

# СТАНДАРТ 19

Размещение и планировка помещений, в которых проживают клиенты, соответствуют их предназначению. Качество помещений отвечает санитарно-гигиеническим нормам, требованиям доступности и безопасности, а также потребностям клиентов. Здания и сооружения, в которых размещается учреждение, спроектированы с учетом функциональных требований, предъявляемых к стационарным учреждениям социального обслуживания.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения имеют доступ к безопасным и комфортно оборудованным внутренним и внешним помещениям общего пользования.

# СТАНДАРТ 20

Во всех новых зданиях и сооружениях, предназначенных для размещения стационарных учреждений социального обслуживания, помимо отдельных комнат для каждого клиента, коридоров и вестибюля при входе, предусмотрены комнаты для дневного времяпрепровождения и отдыха клиентов и помещения для приема пищи (помещения общего пользования) из расчета 4,1 кв. м площади на каждого клиента.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

В достаточном количестве имеются туалеты и душевые/ванные комнаты, отвечающие требованиям удобства.

# СТАНДАРТ 21

Учреждение обеспечивает туалеты и душевые/ванные комнаты, достаточные по количеству и отвечающие требованиям удобства.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты пользуются оборудованием и приспособлениями, позволяющими достичь большей самостоятельности и независимости в повседневной жизни.

# СТАНДАРТ 22

Руководство учреждения располагает заключением по итогам экспертной оценки помещений, сооружений и оборудования учреждения, проведенной специалистами с соответствующей профессиональной квалификацией, в том числе специалистами в области геронтологии, а также документальным подтверждением осуществления работ по адаптации помещений и установке оборудования с целью обеспечения безбарьерной среды для клиентов, в том числе клиентов с ограниченными физическими возможностями.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Комнаты для проживания отвечают потребностям клиентов.

# СТАНДАРТ 23

Учреждение предоставляет каждому клиенту жилую площадь в соответствии с установленными минимальными стандартами.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты проживают в безопасных и комфортно оборудованных спальных комнатах. Клиентам разрешается пользоваться личными принадлежащими им вещами.

# СТАНДАРТ 24

Учреждение предоставляет каждому клиенту отдельную комнату, оборудованную с учетом требований обеспечения уединенности, тишины и комфорта и индивидуальных потребностей клиента.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Клиенты учреждения проживают в безопасных и комфортных условиях.

# СТАНДАРТ 25

Системы отопления, освещения и водоснабжения в помещении, где проживают клиенты, отвечают установленным требованиям безопасности и комфорта.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

В учреждении поддерживается чистота, порядок и приятная обстановка.

# СТАНДАРТ 26

Состояние помещений учреждения отвечает санитарно-гигиеническим требованиям. Помещения содержатся в чистоте и порядке, в них отсутствуют неприятные запахи. В учреждении в соответствии с действующим законодательством и внутренними инструкциями для персонала приняты меры по предотвращению возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Учреждение укомплектовано количеством специалистов, достаточным для удовлетворения потребностей клиентов.

# СТАНДАРТ 27

Учреждение располагает количеством специалистов разного уровня профессиональной подготовки, достаточным для удовлетворения выявленных потребностей клиентов, а также для обслуживания учреждения исходя из его размеров, предназначения и объема предоставляемых услуг.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Специалисты учреждения имеют соответствующую профессиональную подготовку и специальные профессиональные навыки и опыт, необходимые для качественного оказания услуг.

# СТАНДАРТ 28

По меньшей мере, 50% численности персонала, непосредственно занятого в оказании социально-бытового обслуживания (за исключением сотрудников руководящего состава и квалифицированных медсестер в учреждениях, предоставляющих услуги по медико-санитарному уходу), к 2005 г. должны составлять специалисты, имеющие профессионально-техническую квалификацию второго уровня (или эквивалентную ей).

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Установленные в учреждении политика и порядок приёма на работу персонала нацелены на обеспечение прав и потребностей клиентов.

# СТАНДАРТ 29

Все специалисты учреждения прошли установленные процедуры найма на работу, основанные на принципах равных возможностей трудоустройства и защиты прав и интересов клиентов.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Персонал учреждения обладает знаниями и компетенциями, необходимыми для качественного оказания услуг.

# СТАНДАРТ 30

Руководство учреждения отвечает за наличие в учреждении программы обучения и повышения квалификации персонала, соответствующей стандартам Национальной организации профессионального обучения, и контролирует эффективность выполнения персоналом целей и задач учреждения.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Во главе учреждения находится руководитель, отличающийся высокими морально-этическими качествами, доброжелательностью, чувством ответственности и обладающий всеми необходимыми профессиональными компетенциями для выполнения своих обязанностей.

# СТАНДАРТ 31

Руководитель учреждения обладает соответствующей профессиональной подготовкой, знаниями, навыками и опытом, необходимыми для управления учреждением и достижения установленных целей и задач.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Руководством и персоналом учреждения поддерживается благоприятный психологический климат, благотворно влияющий на психоэмоциональное состояние клиентов.

# СТАНДАРТ 32

Руководство учреждения следит за поддержанием в учреждении атмосферы открытости и доброжелательности.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

При управлении учреждением его руководство действует в интересах клиентов.

# СТАНДАРТ 33

В учреждении действует система контроля качества обслуживания, основанная на получении обратной связи от клиентов и механизмах мониторинга и оценки степени выполнения установленных целей и задач учреждения.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Приоритетом действующей в учреждении политики финансового управления является защита клиентов.

# СТАНДАРТ 34

В учреждении разработана политика управления финансовыми ресурсами и ведения бухгалтерской отчетности, целью которых является обеспечение финансовой устойчивости и эффективности функционирования учреждения.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Учреждение осуществляет охрану личных финансовых средств клиентов.

# СТАНДАРТ 35

Руководство учреждения обеспечивает клиентам все возможности для контроля личных финансовых средств. В случаях, когда клиент не желает или не способен осуществлять контроль личных финансовых средств самостоятельно, учреждение предоставляет клиенту необходимую поддержку.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

В отношении всех специалистов осуществляются процедуры контроля работы.

# СТАНДАРТ 36

Руководство учреждения осуществляет надзор за соблюдением установленных в учреждении правил, инструкций и процедур в отношении инструктажа, обучения и оценки эффективности работы персонала.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Принятый в учреждении порядок ведения документации и отчетности обеспечивает защиту интересов клиентов.

# СТАНДАРТ 37

Учреждение ведет необходимую документацию и отчетность в порядке, определенном законодательством в области социального обслуживания и обеспечивающем эффективную деятельность учреждения.

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

В учреждении приняты все необходимые меры по охране здоровья и безопасности клиентов и персонала.

# СТАНДАРТ 38

Руководство учреждения гарантирует, в пределах практической осуществимости, охрану здоровья и безопасности клиентов и персонала.

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. *Алферова Т.С.* Реабилитология: начало пути / Библиотека общероссийского общественного движения «За здоровую Россию». М, 2003. 248 с.
2. *Артюхов В.В.* Общая теория систем: Самоорганизация, устойчивость, разнообразие, кризисы / М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 224 с.
3. *Божья-Воля А.А.* [Оценка результативности государственных служащих руководящего состава: международный опыт и российские перспективы](http://www.ecsocman.edu.ru/vgu/msg/330725.html) // Вопросы государственного и муниципального управления. 2009.  № 2. С. 82-103.
4. *Бородина В.В.* Психологические аспекты реабилитации инвалидов // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 4. С. 28-31.
5. *Бубнов Е.В.* О результатах исследования уровня социального потенциала инвалидов – учащихся специальных и общеобразовательных учреждений // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 23-25.
6. *Булич Э.Г., Муравов И.В.* Здоровье человека: Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в её стимуляции / Киев: Олимпийская литература, 2003. 424 с.
7. *Бурков В.Н., Коргин Н.А., Новиков Д.А.* Введение в теорию управления организованными системами: учебник / Под ред. Новикова Д.А. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 264 с.
8. *Веричева С.Н.* Социальный патронаж семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 48-50.
9. *Владимирова О.Н., Корельская Н.Г., Македонова И.Е., Николаева Ю.Б., Старобина Е.М., Шеломанова Т.Н.* Социально-трудовая реабилитация инвалидов с интеллектуальными нарушениями в Санкт-Петербурге // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 6. С. 49-56.
10. *Вяхякуопус Е.М.* Помогая ближнему, не забывать о себе // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 3. С. 21-26.
11. *Вяхякуопус Е.М.* Современные подходы к проектированию среды на основе принципов разумного приспособления и универсального дизайна // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 23-29.
12. *Герасимов Б.И., Злобина Н.В., Спиридонов С.П.* Управление качеством: учебное пособие / М.: КНОРУС. 2007. 272 с.
13. *Гийсбертс И.* Международный опыт развития социальных рынков. Практика Социального подряда (комишининга) и прямых выплат в Великобритании и Нидерландах // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 2. С. 47-54.
14. *Григорьева Л. П.* Дети с проблемами в развитии / М.: Академкнига, 2002. 248 с.
15. *Губницын А.В.* [От консультаций к диалогу: опыт Канады по участию граждан в государственном управлении](http://www.ecsocman.edu.ru/vgu/msg/332008.html) // Вопросы государственного и муниципального управления. 2009.  № 3. С. 155-166.
16. *Дементьева Н.Ф.* Социальная адаптация в системе реабилитации лиц с отклонениями в психическом здоровье, находящихся в психоневрологическом интернате // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 3. С. 32-34.
17. *Ефимов А.П.* Семейная реабилитация взрослых больных и инвалидов: пособие / Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2006. 178 с.
18. *Жаворонков Р.Н.* Сравнительно-правовой анализ федерального законодательства РФ в области реабилитации и социальной защиты инвалидов и Конвенции ООН о правах инвалидов: научно-практическое пособие/ М.: Издательство «Папирус», 2009. 352 с.
19. *Иванова В.Е.* Психосоциальная реабилитация людей с тяжёлыми психическими заболеваниями: опыт США // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 2. С. 59.
20. *Иванова Н.И.* Индивидуальная программа реабилитации ребёнка-инвалида: проблемы реализации и пути их решения // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 3. С. 42-43.
21. *Ивасенко А.Г., Никонова Я.И., Сизова Ф.О.* Инновационный менеджмент: учебное пособие / М.: КНОРУС. 2009. 416 с.
22. *Иксанов Х.В., Сухова А.А., Самигуллина Н.Х.* Социальные проблемы семьи ребёнка-инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. № 1. С. 20-21.
23. *Ильина О.М.* Социальная модель инвалидности и образование инвалидов // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 4. С. 32-34.
24. *Кавокин С.Н.* Социальное управление процессом комплексной реабилитации инвалидов: автореф. дисс. на соискание учёной степени доктора социологических наук по специальности 22.00.08 / МГСУ, 2003. 38 с.
25. *Карасёва Л.А.* Нерешённые проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 10-14.
26. *Келли С., Вайтфилд С.* Доступность среды жизнедеятельности в современном российском обществе (по результатам социологического исследования) // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 4. С. 10-17.
27. *Келли С., Вайтфилд С.* Оценка условий жизни и социальной роли людей с ограниченными возможностями как факторы готовности населения к включению инвалидов в жизнь общества // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 15-22.
28. *Келли С., Вайтфилд С.* Медико-социальная экспертиза и индивидуальная программа реабилитации по оценкам инвалидов: результаты социологического исследования // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 6. С. 34-42.
29. *Корсби П.* Основные принципы и подходы к совершенствованию системы социальной защиты и реабилитации инвалидов в России // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 1. С. 6-11.
30. *Корсби П.* О необходимости принятия концепции социальной политики в отношении инвалидов // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 2. С. 4-7.
31. *Купряшин Г.Л.* [Государственная служба: комплексный подход: учебник / Отв. ред. А.В. Оболонский. – М.: Издательство «Дело» АНХ, 2009. – 512 с.](http://www.ecsocman.edu.ru/vgu/msg/330621.html) // Вопросы государственного и муниципального управления. 2009.  № 1. С. 188-194.
32. *Куфтяк Е.В.* Методы социальной реабилитации семей, имеющих детей-инвалидов // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 3. С. 31-34.
33. *Куфтяк Е.В.* Межведомственный подход в комплексной реабилитации детей-инвалидов // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 44-47.
34. *Лесков Л.В.* Футуросинергетика: универсальная теория систем. Научно-методическое пособие / М.: Изд-во «Экономика», 2005. 170 с.
35. *Лильин Е. Т., Доскин В. А.* Детская реабилитология (избранные очерки) / М.: Издательский центр МБН, 1997. 279 с.
36. *Ломакин-Румянцев А.В.* Инвалиды – люди с неограниченными возможностями // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 1. С. 36-38.
37. *Лысенко А.Е.* Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» и первые результаты его реализации // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 1. С. 12-22.
38. *Лысенко А.Е.* Этюды о реабилитации (часть I) // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 3. С. 4-13.
39. *Лысенко А.Е.* Этюды о реабилитации (часть II) // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 4. С. 18-22.
40. *Лысенко А.Е.* Этюды о реабилитации (часть III) // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 6. С. 27-33.
41. *Лысенко А.Е.* Универсальный дизайн и разумное приспособление как инструменты комплексной реабилитации инвалидов: Материалы научно-практической конференции «Социальная поддержка инвалидов в Санкт-Петербурге. Безбарьерная среда жизнедеятельности» 28 ноября 2008 года: Комитет по труду и социальной защите населения Санкт-Петербурга, Проект сотрудничества Евросоюза и России «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» / Под ред. Колосовой Г.В., Шеломановой Т.Н., Владимировой О.Н., - СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008. С. 29-31.
42. *Макэнени Д.* Стратегия ЕС в области социальной защиты и реабилитации инвалидов: опыт и перспективы развития // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 2. С. 36-46.
43. *Малофеев Н.Н.* Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогике // Дефектология. 2003. № 4.
44. *Малофеев Н.Н., Разенкова Ю.А., Урядницкая Н.А.* О развитии службы ранней помощи детям с отклонениями в развитии и детям-инвалидам в Российской Федерации // Дефектология. 2007. № 6.
45. *Матафонова Т. Ю., Бронников В. А., Надымова М. С.* Психологические аспекты инвалидности / ХХ Мерлиновские чтения: «В. С. Мерлин и системное исследование индивидуальности человека»: Материалы межрегиональной юбилейной научно-практической конференции, 19-20 мая 2005 г., Пермь. В 3-х частях. Часть 1 /научн. ред. Б. А. Вяткин, отв. ред. А. А. Волочков. Перм. гос. пед. ун-т. Пермь, 2005. С. 270-276.
46. *Матвеева Н.Ю.* Адаптивная физическая культура и спорт в системе комплексной реабилитации молодых инвалидов Костромской области // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 3. С. 35-37.
47. *Милованова А.В., Коршунов С.В.* О вопросах комплекс ной реабилитации молодых инвалидов по зрению, как способа улучшения качества их жизни // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 35-37.
48. *Мкртумова И.В.* Пути повышения качества жизни инвалидов: проект «Высшее образование – инвалидам» // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 4. С. 23-27.
49. *Морозова Е.В.* Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 1. С. 42-46.
50. *Мюллер Н.В.* Реформирование управления услугами реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: автореф. дисс. на соискание учён. степени канд. экономич. наук по специальности 08.00.05 / С.-Петерб. гос. инженер.-экономич. ун-т, 2005. 18 с.
51. *Науменко Л.Л.* Социально-психологическая характеристика семьи ребёнка-инвалида // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. № 1. С. 17-20.
52. *Новиков М.Л.* Поддерживаемое трудоустройство в Европейских странах: пособие для специалистов, работающих в сфере трудоустройства людей с инвалидностью / Изд-во РООИ «Перспектива», Москва, 2008. 82 с.
53. *Новиков М., Присецкая Н., Котов В.* Создание модели трудоустройства молодых инвалидов: пособие по итогам проекта / РООИ «Перспектива», Москва, 2006. 144 с.
54. *Новиков М., Присецкая Н., Котов В.* Трудоустройство инвалидов: пособие для специалистов в вопросах и ответах / РООИ «Перспектива, Москва 2005. 40 с.
55. *Новиков М., Присецкая Н.* Трудоустройство людей с инвалидностью: обзорные и аналитические материалы по итогам проекта «Обеспечение доступа к трудоустройству инвалидов Владикавказа и Беслана» / РОИИ «Перспектива», Москва , 2007. 136 с.
56. Новые возможности трудоустройства для людей с инвалидностью в России: сборник материалов международной конференции /Сост*. М.Л. Новиков, Н.И. Присецкая*. Москва: РООИ «Перспектива», 2007. 150 с.
57. Образование для всех: политика и практика инклюзии: сборник научных статей и научно-методических материалов / Саратов: Изд-во «Научная книга», 2008. 341 с.
58. *Олемский А.И.* Синергетика сложных систем: Феноменология и статистическая теория / М.: КРАСАНД, 2009. 384 с.
59. Основы медико-социальной экспертизы /*Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Либман Е.С., Сивуха Т.А., Косичкин М.М., Кузьмишин Л.Е. Кинрас Г.П., Талалаева Н.Д., Шабалина Н.Б., Спивак Б.Г., Захарченко Ю.И., Меметов С.С., Дымочка М.А., Гайкович А.А.* М.: Медицина, 2005. 448 с.
60. Оценка эффективности деятельности учреждений социальной поддержки населения. /Под. Ред. *П.В. Романова и Е.Р. Ярской-Смирновой.* Серия «Научные доклады». Москва: Московский общественный научный фонд; Центр социальной политики и гендерных исследований , 2007. 234 с.
61. Оценка эффективности деятельности учреждений социальной поддержки населения. /*С. Нечаева, П. Романов, В. Чепляев, Е. Чуева, Е. Ярская-Смирнова*/ Саратов: ООО Издательство «Научная книга», 2007 г. 120 с.
62. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России /*Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р*./ Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. 260 с.
63. *Петросян В.А.* Социальная реабилитация инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания: социологический аспект: диссертация на соискание учёной степени кандидата социологических наук по специальности 22.00.04 / М., 2004. 147 с.
64. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России / Саратов: Изд-во «Научная книга», 2003. 253 с.
65. *Пинел Х.* Практика Европейского суда по правам человека в области защиты прав инвалидов в России // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 55-58.
66. *Принс Р.* Опыт применения программы персональных бюджетов в системе социальной защиты и реабилитации инвалидов в Нидерландах // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 1. С. 55-62.
67. *Принс Р.* Политика занятости в отношении инвалидов в странах Европейского Союза. Современные тенденции // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 3. С. 47-52.
68. *Полищук Л.И.* [Федерализм и экономическое развитие России](http://www.ecsocman.edu.ru/region/msg/332214.html) // Регион: экономика и социология. 2006.  № 2. С. 18-33.
69. Положение инвалидов в Российской федерации: доклад /*Пузин С.Н., Лаврова Д.И.,Андреева О.С., Либман Е.С., Гришина Л.П., Деменьтева Н.Ф., Талалаева Н.Д., Шабалина Н.Б.,Смирнова В.В., Гайкович А.А*, Москва, 2004. 301 с.
70. Проблемы инвалидности в России: состояние и перспективы. /Под ред. *Д.И. Лавровой.* М.: Медицина, 2002. 368 с.
71. *Пузин С.Н., Лаврова Д.И.* Медико-социальная экспертиза /Под ред. *И.Н. Денисова.* Пособие для студентов медицинских вузов. МИА, 2008. 408 с.
72. *Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Дымочка М.А., Золоев Р.В., Ан А.В., Хубутия Б.Н., Балдецкий А.А.* Современное состояние медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 3-4.
73. *Пузин С.Н.* Принципы реабилитации инвалидов в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 3. С. 3-4.
74. *Пузин С.Н.* Пути совершенствования организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. № 2. С. 2-6.
75. *Пчелинцев С.В.* [Некоторые особенности реформирования системы государственной власти Республики Корея](http://www.ecsocman.edu.ru/vgu/msg/332009.html) // Вопросы государственного и муниципального управления. 2009.  № 3. С. 167-177.
76. *Разенкова Ю.А.* Региональная политика в области ранней помощи: проблемы и перспективы // Дефектология. 2003. № 4.
77. Развитие рынка социальных услуг в рамках проекта ТАСИС «Укрепление демократии через НПО социальной сферы»: подведение итогов деятельности проекта/Москва, 2004. 141 с.
78. *Романов П., Ярская-Смирнова Е., Вайтфилд С., Келли С.* Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в Российской Федерации: анализ основных результатов исследования / Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. М., 2009. 58 с.
79. *Саньял А.* Развитие системы реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями: стандартизация и контроль качества услуг. Опыт Великобритании и других европейских стран и возможности его применения в Российских условиях // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 1. С. 40-54.
80. *Саньял А.* Социальные рынки и оказание социальных услуг в Великобритании // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2008. № 4. С. 52.
81. *Саньял А.* Барьеры на пути интеграции инвалидов в общество // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 59-64.
82. *Саньял А.* Обеспечение качества социальных услуг для людей с ограниченными возможностями: взгляд из Европы // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 59-64.
83. Социальные стандарты качества жизни: сборник статей / Под общ. ред. *Очировой А.В., Бобкова В.Н., Григорьевой Н.С.* М.: МАКС Пресс, 2008. 232 с.
84. *Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Климашева С.Б., Кузьмина И.Е., Рачина Г.Б., Суворова Т.К.* Технология оценки сохранности профессионально важных качеств инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 4. С. 42-45.
85. *Сороко Э.М.* Золотые сечения, процессы самоорганизации и эволюции систем: введение в общую теорию гармонии систем / М.: Изд-во «КомКнига», 2009. 264 с.
86. Трудовая занятость инвалидов в городе Москве: опыт и новые решения /Материалы научно-практической конференции, РОИИ «Перспектива», Москва. 2005. 76 с.
87. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности /*Сост. Е. В. Клочкова.* СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2003. 24 с.
88. *Холостова Е. И., Деметьева Н. Ф.* Социальная реабилитация: учебное пособие / М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К.», 2003. 340 с.
89. *Холостова Е.И.* Социальная работа в схемах: учебное пособие / М.: Изд. Торговая корпорация «Дашков и К», 2007. 104 с.
90. *Холостова Е.И.* Социальная работа с семьей: учебное пособие / М.: Изд. торговая корпорация «Дашков и К», 2007. 212 с.*Холостова Е.И.* Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. – М.: «Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2007. – 207 с.;
91. *Храпылина Л.П.* Профессиональная реабилитация и трудоустройство инвалидов в условиях перехода к рыночным отношениям: дисс. на соискание учёной степени доктора экономич. наук по специальности 08.00.07 / М., 1994. 363 с.
92. *Храпылина Л.П.* Реабилитация инвалидов / М.: Изд-во «Экзамен», 2006. 415 с.
93. *Царькова Г.В.* Инновационные методы взаимодействия НКО и власти – доклад на конференции Торгово-промышленной палаты Российской Федерации «Технологии реализации социальной ответственности корпораций» 28 января 2005 г.
94. *Январёв В.А., Е.А.Семионова* [Воздействие регламентации деятельности органов власти на эффективность исполнения ими государственных функций (по результатам опроса государственных служащих)](http://www.ecsocman.edu.ru/vgu/msg/331977.html) // Вопросы государственного и муниципального управления. 2009.  № 3. С. 71-92.
95. *Январев В.А., Семионова Е.А.* [Оценка государственными служащими результатов внедрения и исполнения административных регламентов федеральных органов исполнительной власти](http://www.ecsocman.edu.ru/vgu/msg/330734.html) // Вопросы государственного и муниципального управления. Июнь 2009.  № 2. С. 164-181.
96. *Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э. К.* Социальная работа с инвалидами /Е. Р. Ярская-Смиронова, Э. К. Наберушкина / СПб.: Изд-во Питер, 2005. 316 с.
97. *Ярская–Смирнова Е.Р., Романов П.В.* Образы инвалидов в массовой культуре // Проект «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России. Ежеквартальный бюллетень. 2009. № 5. С. 4-12.
98. *Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К*. Социальная работа с инвалидами. Саратов: СГТУ, 2003;
99. *Ярская-Смирнова Е.Р.* Интеграционные аспекты обучения и воспитания школьников с ограниченными возможностями здоровья // Модернизация специального образования: проблемы коррекции, реабилитации, интеграции: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 12-15 октября 2003 г.) Ч.2. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. С.3-7;
100. *Ярская-Смирнова Е.Р.* Понятие инклюзивного образования // Образование для всех: пути интеграции. Саратов: Сарат. гос. тех. ун-т, 2003. С.69-78;
101. *Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И.* Инклюзивное образование детей-инвалидов // Социологические исследования. №5, 2003. С.100-106;
102. Drake F. R. Understanding Disability Policies / Macmillan, 1999. 41 р.

1. Конвенция ООН о правах инвалидов (далее именуется – Конвенция), принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН (2007). [↑](#footnote-ref--1)
2. Пункт 5 статьи 55 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-0)
3. Подпункт 4 пункта 1 статьи 12, подпункт 4.1 пункта 4 статьи 22, подпункт 2 пункта 3 статьи 25 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-1)
4. Подпункт 3.1 пункта 3 статьи 29 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-2)
5. Статьи 14 и 15 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-3)
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 04 ноября 2006 года № 642 «О перечне товаров, работ, услуг для государственных и муниципальных нужд, размещение заказов на которые осуществляется у субъектов малого предпринимательства» (с изменениями от 05 октября 2007 г.). [↑](#footnote-ref-4)
7. Совместное письмо Минэкономразвития России, ФАС России 29 апреля 2008 г. №5684-АП/Д05 / АЦ/10329 "О разъяснении норм Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ применительно к размещению заказов у субъектов малого предпринимательства". [↑](#footnote-ref-5)
8. Статья 16 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-6)
9. Статья 28 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-7)
10. Статья 7 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-8)
11. Пункт 4 статьи 28 Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (с дополнениями и изменениями). [↑](#footnote-ref-9)
12. [www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm](http://www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm) [↑](#footnote-ref-10)
13. Модель рекомендована Европейским союзом поддерживаемого трудоустройства (European Union of Supported Employment). [↑](#footnote-ref-11)
14. Старков Н.И. Синергетический подход к исследованию проблем экономики (01-06-80149). ФИ РАН ОЯФА. Москва; Посошков С.А. Разработка теоретических основ прогнозирования глобальных процессов на основе методов синергетики и нелинейной динамики (01-06-80435). ИПМ РАН. Москва;

    [↑](#footnote-ref-12)
15. Царькова Г.В. Инновационные методы взаимодействия НКО и власти – доклад на конференции Торгово-промышленной палаты Российской Федерации «Технологии реализации социальной ответственности корпораций» 28 января 2005 г. [↑](#footnote-ref-13)
16. Европейская Платформа реабилитации (EPR) провела общеевропейский опрос заинтересованных сторон с целью выявления основ качества в сфере реабилитации. При этом использовался подход Европейского Фонда Контроля Качества (EFQM), и в результате был одобрен список Европейских Принципов Высшего Качества, который включил мнения наиболее

    крупных в Европе заинтересованных сторон в сфере инвалидности. [↑](#footnote-ref-14)
17. Учрежденное в 2007 г. Управление по стандартизации услуг в области образования и профессиональной подготовки (Ofsted) объединило в себе четыре ранее действовавших инспекции. Управление регулирует и осуществляет контроль деятельностИ учреждений, оказывающих медико-социальные услуги для детей и подростков, а также всех учреждений в сфере образования и профессиональной подготовки. [↑](#footnote-ref-15)
18. <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005819> [↑](#footnote-ref-16)